



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II

**DOTTORATO DI RICERCA IN
“ECONOMIA E MANAGEMENT DELLE AZIENDE E
DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE” - XXIII CICLO**

**Indagine conoscitiva finalizzata all'individuazione di modelli e strumenti per
l'avvio e l'implementazione del controllo di gestione nelle aziende sanitarie.**

Il caso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

**Coordinatore:
Ch.ma Prof.ssa Maria Triassi**

**Candidato:
Dott. Alberto Giugliano**

ANNO ACCADEMICO 2009-2010

Premessa

Il tema della ricerca presenta rilevanti spunti di approfondimento nell'ambito di diverse aree scientifiche da quella economica a quella medica, sviluppando una costruzione teorica e pratica coerente alla natura e alla finalità del dottorato di ricerca interpolo.

L'attività di collaborazione a far data dal luglio 2008 presso la struttura "Controllo Interno di Gestione" in staff alla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II", in convenzione con il Dipartimento di Scienze Mediche Preventive – Sezione di Igiene dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", ha dato impulso allo studio ed alla ricerca nell'ambito della pianificazione, programmazione e controllo nei sistemi sanitari, avendo come visuale di osservazione e di sperimentazione la realtà aziendale dell'AOU "Federico II".

Interagendo e collaborando con i colleghi del percorso di studio e con il personale della direzione aziendale e dei dipartimenti, lo scrivente ha rivolto il proprio interesse, in particolare, all'implementazione dei sistemi di controllo di gestione nel contesto aziendale dell'AOU "Federico II", attraverso l'analisi ed il confronto di modelli gestionali ed organizzativi, nonché l'identificazione, sperimentazione e validazione di strumenti per la pianificazione delle strategie aziendali e la valutazione dei risultati ottenuti, o meglio sia per il coordinamento delle azioni poste in essere al fine di implementare, efficientemente ed efficacemente, le strategie aziendali, sia per monitorare in modo continuo i risultati ottenuti.

INDICE

CAPITOLO 1

EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO ED ECONOMICO IN SANITÀ

- 1.1 Verso la razionalizzazione del SSN: aziendalizzazione**
- 1.2 Il governo del SSN: finanziamento e analisi della spesa**
- 1.3 Il deficit sanitario**

CAPITOLO 2

L'UTILIZZO DEI SISTEMI DI CONTROLLO DI GESTIONE

- 2.1 Il Controllo di Gestione nelle aziende sanitarie ed ospedaliere**
- 2.2 Il ciclo del Controllo di Gestione**
 - 2.2.1 Infrastruttura organizzativa**
 - 2.2.2 Infrastruttura di processo**
 - 2.2.3 Infrastruttura tecnico-contabile**

CAPITOLO 3

II CASO AZIENDALE: LA CARTA D'IDENTITÀ DELL'AOU FEDERICO II

- 3.1 Le Aziende Ospedaliero-Universitarie**
 - 3.2.1 L'organizzazione interna dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II**
 - 3.2.2 Le finalità istituzionali**
 - 3.2.3 I portatori d'interesse e le loro aspettative**
- 3.3 Gli obiettivi assistenziali**
- 3.4 Lo sviluppo delle attività assistenziali**
 - 3.4.1 L'offerta assistenziale**
 - 3.4.2 Attività di rilevante interesse regionale**
- 3.5 La carta d'identità del personale**
 - 3.5.1 Il profilo del personale**
 - 3.5.2 La gestione delle risorse umane**
- 3.6 Il disavanzo di gestione**

CAPITOLO 4

IL CASO AZIENDALE: MODELLI E STRUMENTI PER L'AVVIO E L'IMPLEMENTAZIONE DEL CONTROLLO DI GESTIONE NELL'AOU FEDERICO II

4.1 Le problematiche specifiche

4.1.2 Le linee strategiche della ricerca

4.2 La rete dei sistemi informatici aziendali come supporto all'implementazione del Controllo Interno di Gestione

4.3 La quadratura della contabilità analitica con la contabilità generale per analizzare l'assorbimento di risorse per linea di attività

4.4 Un modello per il ribaltamento dei costi comuni

4.4.1 Ribaltamento dei costi comuni: blocchi operatori

4.4.2 Il Modello di Ribaltamento dei costi del blocco operatorio n°7

4.5 Il sistema di reporting

4.6 Tra strategia e programmazione

4.6.1 Il budget nell'AOU Federico II

4.6.2 I dipartimenti come motore dello sviluppo del processo di budget

4.6.3 Il processo di Programmazione e Controllo

4.6.4 I contenuti del sistema di budget

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

CAPITOLO 1

EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO ED ECONOMICO IN SANITÀ

1.1 Verso la razionalizzazione del SSN: aziendalizzazione

Per comprendere le dinamiche organizzative delle aziende sanitarie operanti nel Servizio Sanitario Nazionale italiano – SSN- occorre partire da un esame dei sovrasistemi rilevanti esistenti. L'ambito di riferimento per le aziende sanitarie coinvolge numerosi contesti da quello politico-istituzionale a quello giuridico, economico, sociale e tecnologico. I contesti istituzionale ed economico costituiscono i sovrasistemi di maggior rilievo per la comprensione delle dinamiche gestionali oggetto della presente ricerca¹.

La tutela del diritto alla salute, sancito dall'art. 32 della Costituzione, vede, senza dubbio, un momento di svolta, nel quadro dei rinnovamenti istituzionali del Sistema Sanitario Italiano, con la Legge n. 833 del 23 dicembre del 1978, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, e con i successivi interventi di riforma previsti dal Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 – riforma bis - e dal successivo Decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 – riforma ter.

Se l'istituzione del SSN costituisce una pietra miliare, con l'introduzione dell'offerta unitaria dei servizi sanitari attraverso le Unità Sanitarie Locali – Usl, la tutela della salute di tipo universalistico, oltre che il costo delle prestazioni sanitarie a carico del Stato con l'istituzione del Fondo Sanitario Nazionale, una forte rilevanza delle politiche di prevenzione collettiva, con la riforma del 1992 vengono introdotti principi innovativi, destinati ad avere impatti rilevanti sulle organizzazioni di tutto il sistema sanitario².

Il primo mutamento di rilievo può essere, senza dubbio, individuato nel processo di decentramento della responsabilità istituzionale al livello regionale e del finanziamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari. Il sistema di finanziamento del SSN, fonte di grandi critiche perché ritenuto una delle principali cause di inefficienze e sprechi, oltre che responsabile della crescita a dismisura della spesa per la Sanità, si basa su una prima distribuzione delle risorse finanziarie dallo Stato alle Regioni, sulla base della spesa

¹ Chieffi L., "Il diritto alla salute alla soglia del terzo millennio", Giappichelli, Torino, 2002.

² Pellegrino P., "La politica Sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma Costituzionale", <http://polis.unipmn.it>, 2003.

storica e della quota capitaria, e poi da queste alle USL, sulla base di criteri regionali, per poi prevedere, in un secondo momento, due fasi di ripiano per gli eventuali disavanzi tra spesa effettiva e fabbisogno previsto³.

La crescita smisurata ed incontrollata della spesa sanitaria, pur risultando un aspetto deleterio, non è stato l'unico fattore che ha generato la profonda crisi del SSN, gettando le basi per la successiva riforma ter; possono pertanto mettersi in evidenza tra le varie concause:

- *burocratizzazione* delle USL, evidenziata dall'eccessiva formalizzazione delle attività e dalla matrice politica assunta dagli organi di gestione delle USL (Assemblea generale e Comitato di Gestione);
- mancanza di *autonomia* e di *direzione manageriale* delle USL;
- *deresponsabilizzazione finanziaria* delle USL e delle Regioni, con conseguenti ritardi nella formulazione del Piano Sanitario Nazionale – PSN e del Piano Sanitario Regionale – PSR e nella definizione e ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, elementi programmatici essenziali per il SSN;
- insoddisfazione e *crescita incontrollata* della domanda di servizi da parte dei clienti-utenti;
- *scarsa attenzione* agli aspetti non direttamente correlati con l'assistenza.

L'insieme di tutti questi fattori non poteva che tradursi con un nuovo cambiamento.

Al fine di operare il cambiamento necessario per la razionalizzazione delle risorse, quindi, quello delle innovazioni normative e dell'evoluzione riformista, è risultato un percorso obbligato per permettere di orientare la gestione della produzione ed erogazione del servizio Sanitario pubblico verso i principi di efficienza, efficacia, economicità e qualità, tipici di una produzione *customer oriented*.

E' pertanto all'interno di un ampio disegno di ammodernamento e razionalizzazione della pubblica amministrazione che si colloca la riforma bis, con le successive modifiche intervenute.

Le principali novità introdotte dal D. Lgs. n. 502/92 e successive modifiche possono essere suddivise in tre macroaree.

a) AZIENDALIZZAZIONE:

La nuova centralità del risultato economico ha prodotto e rafforzato le spinte verso l'aziendalizzazione, ossia verso l'ampliamento della autonomia delle aziende sanitarie

³De Vincenti C., Sostenibilità, efficacia ed efficienza del sistema sanitario, Italiani-Europei, n. 2, 2006.

De Vincenti C., Invecchiamento, progresso tecnico e morbo di Baumol, le tre forze che spingono la spesa sanitaria, in CARE n. 6, 2006.

nell'ambito di un sistema che definisce gradi di libertà e margini di azione. Tali trasformazioni sono essenziali per la sopravvivenza delle aziende sanitarie nella misura in cui i ricavi sono espressione della qualità delle prestazioni rese e i costi funzione dell'efficienza raggiunta⁴.

Ciò comporta l'attribuzione alle aziende delle leve gestionali indispensabili per perseguire e mantenere l'equilibrio economico, nonché la diffusione ed il rafforzamento dei meccanismi operativi, come di seguito indicato schematicamente:

- istituzione delle Aziende sanitarie (Aziende USL e Aziende ospedaliere) dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- istituzione della figura del Direttore Generale, a cui sono affidati tutti i poteri di gestione e di rappresentanza dell'Unità Sanitaria Locale, atto alla nomina diretta del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo;
- de-burocratizzazione (eteroreferenzialità) e gestione di risorse e processi secondo i principi di efficacia, efficienza ed economicità;
- introduzione della contabilità analitica per centri di costo e l'obbligo per ASL e AO di rendere pubblici, annualmente, gli andamenti delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo;
- adozione di nuovi strumenti di gestione, sistemi contabili, di P&C, di gestione del personale e di marketing pubblico.

b) REGIONALIZZAZIONE :

- la Regione diviene titolare della funzione legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, è chiamata a fornire le linee di indirizzo per l'organizzazione e la gestione delle strutture operative; è responsabile della programmazione sanitaria regionale, nel rispetto dei principi contenuti nelle leggi nazionali e nel disposto PSN, ed in coerenza con le risorse assegnate e con le specifiche esigenze del territorio; inoltre le Regioni sono responsabilizzate tramite l'obbligo di provvedere con risorse proprie, al finanziamento di eventuali deficit rispetto ai trasferimenti dal centro, o di importi superiori volti a fornire alla popolazione livelli di assistenza superiori rispetto a quelli minimi predefiniti.
- spetta alle Regioni il compito di ridefinire i confini delle USL, riducendone il numero;

⁴ Adinolfi P. , L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche – Mecosan- Management ed economia sanitaria anno X n.37 Gennaio-Marzo 2001.

- sono le singole Regioni a stabilire le tariffe delle prestazioni, tenuto conto del costo delle prestazioni stesse, alla luce del nuovo sistema di finanziamento con pagamento non più “a piè di lista” ma a prestazione erogata.

c) *QUASI MERCATO*:

Con l'introduzione del sistema dell'accreditamento si realizza un'apertura, almeno teorica, del mercato sanitario alla libera concorrenza tra strutture pubbliche e private.

Il nuovo sistema di finanziamento supporta l'adozione di meccanismi concorrenziali tra i fornitori di servizi sanitari (strutture erogatrici pubbliche e strutture private accreditate). L'obiettivo è consentire l'avvio di un circolo virtuoso basato sulla competizione tra strutture erogatrici pubbliche ed aziende private, ossia portare, grazie al sistema di finanziamento basato sulle prestazioni, le diverse strutture a competere per acquisire clienti, al fine di assicurarsi flussi finanziari continui.

La terza Riforma sanitaria (D.Lgs. 229/99) o “Riforma Bindi”, ha puntato ulteriormente su questi aspetti di razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Le ulteriori misure di carattere specifico previste dalla Riforma sono:

- Definizione del Distretto;
- Esclusività del rapporto di lavoro;
- Protocolli d'intesa: vengono stipulati tra Regioni, Università e strutture del SSN per la regolamentazione dello svolgimento delle attività assistenziali e delle strutture per la formazione specialistica.

I Livelli essenziali di assistenza (LEA), introdotti con la riforma bis, assumono il ruolo di strumento per la salvaguardia dei principi di universalità ed equità del servizio sanitario.

Inoltre i LEA svolgono una duplice funzione: 1) rappresentano il mezzo mediante il quale garantire omogeneità di diritti relativi alla salute per tutti i cittadini a prescindere dal tipo di organizzazione sanitaria preposta e 2) responsabilizzano le Regioni alla copertura delle spese superiori al finanziamento in conto capitale dello Stato.

Il D.Lgs. 229/99, però, pur innovando e completando alcuni aspetti relativi all'organizzazione ed al funzionamento del SSN, non affronta il tema fondamentale del finanziamento del SSN.

Solo con il successivo D.Lgs. 56/2000 di attuazione del “*federalismo fiscale*”, nell'ambito degli interventi di razionalizzazione del sistema fiscale, vengono introdotte una serie di importanti innovazioni nella finanza delle regioni a statuto ordinario, tra cui l'abolizione del

Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e la nascita di un “*fondo perequativo nazionale*” destinato alla realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale.

Il mutamento sopra delineato ha messo in crisi il tradizionale modello organizzativo delle Unità sanitarie locali, di tipo specialistico-funzionale, articolato su pochi livelli gerarchici e su un ampio numero di unità organizzative (divisioni, unità operative distrettuali, servizi) caratterizzate da elevata discrezionalità operativa. Il superamento del modello tradizionale ha segnato il passaggio da criteri di aggregazione delle attività basati sulla omogeneità tecnica a criteri di aggregazione delle attività basati sull'identificabilità dei risultati. In tale contesto è emersa una tendenza al decentramento di tipo divisionale, ossia all'attribuzione di responsabilità, non più su singole funzioni parte di un processo, bensì su aree complessive finali di domanda o di risultato.

1.2 Il governo del SSN: finanziamento e analisi della spesa

Il problema della determinazione dell'ammontare delle risorse da destinare al SSN ha a monte un problema molto più complesso che è quello della scelta della quota di ricchezza prodotta – in termini di Prodotto interno Lordo (PIL) - da destinare alla spesa pubblica e da acquisire tramite prelievo fiscale in maniera congrua con la definizione dei livelli essenziali dei servizi pubblici⁵.

Un problema molto complesso è la determinazione della quota di spesa pubblica da destinare al settore sanitario pubblico cioè in pratica la quota da attribuire al SSN. Una prima soluzione, teorica ed operativamente poco risolutiva, è data dall'approccio marginale delle utilità dei diversi settori pubblici: la spesa sanitaria è quantitativamente corretta quando l'utilità marginale del SSN non è inferiore all'utilità marginale degli altri settori pubblici. Ciò significa che quando la spesa sanitaria è corretta, un'ulteriore piccola assegnazione ad essa produrrebbe un'utilità per la collettività uguale a quella che sarebbe prodotta assegnando quelle risorse aggiuntive ad un altro settore (istruzione, assistenza sociale, giustizia, ecc.). Se logicamente questo approccio è convincente, è però evidente che difficilmente potrebbe essere valutata l'utilità marginale delle assegnazioni ai diversi settori, e quindi la decisione macro-economica non avrebbe l'algoritmo necessario per poter essere supportata⁶.

⁵ Meneguzzo M., Managerialità, innovazione e governance, Roma, 2001.

⁶ Pilzer P., La nuova rivoluzione del benessere, Franco Angeli, Italia 2007.

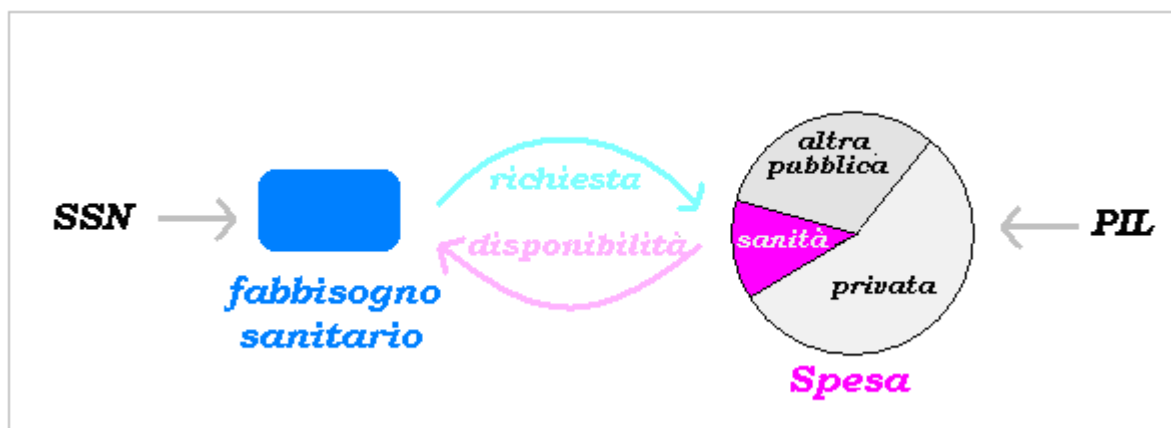


Figura 1 – Bipolarità della determinazione delle risorse economiche per la sanità.

La soluzione, allora, non può che essere raggiunta come equilibrio tra una richiesta proveniente dal SSN e una disponibilità valutata dall'autorità pubblica, politica e tecnica, in materia di Spesa Pubblica. E' però evidente che più le richieste espresse dalle regioni, in sede di Conferenza Stato-Regioni, al fine di determinare il proprio fabbisogno sono supportate da documentate valutazioni delle esigenze del settore, più l'autorità sovraordinata dovrà tener conto, anche per renderne conto all'opinione pubblica. Ed i due elementi importanti e convincenti per supportare tali richieste sono il bisogno sanitario della popolazione e la congruità dei costi dei servizi a soddisfazione dei bisogni stessi. Il primo elemento è stato sinora l'elemento base di ogni considerazione sulla determinazione del fabbisogno; oggi, a causa della sempre maggiore limitatezza delle risorse disponibili, si sta vieppiù imponendo la valutazione dei costi dei servizi che non possono essere più accettati come tali se risultano gravati da situazioni di inefficienza⁷.

L'acquisizione di informazioni puntuali e tempestive sull'andamento della spesa sanitaria costituisce, quindi, un obiettivo fondamentale degli organi che hanno la responsabilità di governare il sistema a livello centrale e regionale, nella consapevolezza che per migliorare l'efficienza è prima importante monitorare e analizzare la spesa sanitaria in rapporto alle prestazioni erogate e alle principali variabili che la influenzano⁸. La spesa corrente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è determinata dalla copertura economica sostenuta dalle strutture pubbliche (e quindi al netto delle compartecipazioni degli utenti) dei costi dei servizi prodotti dalle Aziende Unità Sanitarie Locali (ASL) e dalle

⁷ Cislaghi C. e altri "Bisogni, Consumi, Costi : determinazione e riparto delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale", AGENAS -ROMA, settembre 2008.

⁸ Spadafora F., La sostenibilità finanziaria del sistema sanitario negli Stati Uniti: il programma Medicare, in Mecosan, 2006.

Aziende Ospedaliere (AO) o acquistati dalle Aziende private accreditate dal SSN (tra cui Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "IRCCS", pubblici e privati e Policlinici Universitari, pubblici e privati) per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) così come individuati dal DPCM del 29 novembre 2001, e per il raggiungimento di altri specifici obiettivi di sanità pubblica previsti dalla vigente legislazione. Non considera la spesa sostenuta dagli altri Enti (tra cui Croce Rossa Italiana, Istituti Zooprofilattici Sperimentali), Università (per borse di studio agli specializzandi) e la mobilità internazionale. Non considera, quindi, neppure tutti i costi sostenuti dai cittadini per compartecipazioni alle spese dei servizi del SSN o per acquisti di prestazioni sanitarie presso strutture private non accreditate. Talvolta si osservano delle imprecisioni terminologiche per cui è opportuno far notare come l'insieme dei costi del SSN non corrisponda concettualmente alla spesa sanitaria pubblica in quanto fanno parte dei primi ma non della seconda la quota parte dei costi direttamente sostenuti dagli utenti⁹.

1.3- Il deficit sanitario

a) Il quadro generale

La coniugazione dei sempre crescenti bisogni di salute della popolazione con la limitatezza delle risorse disponibili, impone, come innanzi rilevato, un generale andamento efficiente del sistema di erogazione dei servizi sanitari. Le riforme intervenute al fine di garantire l'omogeneità dei diritti relativi alla salute per tutti i cittadini a prescindere dal tipo di organizzazione sanitaria preposta ed, al contempo, a responsabilizzare le Regioni alla copertura delle spese superiori al finanziamento in conto capitale dello Stato non hanno risolto gli annosi problemi di deficit del bilancio regionale soprattutto di alcune realtà regionali¹⁰.

Le continue riforme istituzionali e regolamentari che si susseguono annualmente in sanità sono frutto sia del processo devolutivo e di decentramento di funzioni in atto sia del

⁹ Il Ministero della Salute nell'ambito dell'NSIS – Nuovo sistema informativo sanitario – desume i suddetti valori di costo e ricavo per le singole aziende sanitarie e per agglomerati regionali tramite la rilevazione dei flussi informativi dei modelli di rilevazione del conto economico delle Aziende - CE – e dei costi dei livelli di assistenza – LA. Il CE regionale è un modello riepilogativo che attraverso un processo di consolidamento delle attività delle AASSLL, delle AAOO, dei Policlinici Universitari e IRCCS pubblici, e delle attività direttamente gestite dalla Regione rileva i costi al netto delle partite intra - regionali (es. mobilità all'interno della regione) al fine di eliminare le duplicazioni di costi. Le aziende sanitarie attraverso il modello CE sono tenute ad effettuare la rilevazione dei costi trimestralmente, a preventivo e a consuntivo. La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del Sistema Sanitario Nazionale sono quindi i dati dei Modelli CE, cioè dei Conti Economici, che ogni azienda sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute.

Cfr. Cislighi C. e altri, "Analisi dei conti economici introduzione e metodologia", Agenas, 2008.

¹⁰ Cogliandro G., Il controllo interno nelle amministrazioni pubbliche: evoluzione legislativa e situazione organizzativa, relazione presentata a Forum PA, 1998, Roma.

continuo andamento in crescita della spesa sanitaria, che incide negativamente sulle politiche di equilibrio della finanza pubblica.

Con l'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 il finanziamento dell'assistenza sanitaria era stato condizionato dall'adempimento di numerosi obblighi, primo fra tutti il ripiano delle quote di deficit a carico dei bilanci regionali, sottoposto a verifiche annuali. Inoltre con il sistema di finanziamento previsto dal D.lgs. n. 56/2000, come sopra anticipato, sostituendo il FSN di parte corrente con compartecipazioni e incrementi alle addizionali, è stato definito un meccanismo di copertura del fabbisogno sanitario commisurato su una crescita del 3,5% annuo.

Dopo che il Decreto Legge 30 dicembre 2004, n. 314 aveva sospeso l'applicazione dell'art. 7 del D.lgs. n. 56/2000 e rinviata l'efficacia del DPCM 14 maggio 2004 (e, quindi, il riparto definitivo della compartecipazione all'IVA e delle relative compensazioni), la Legge finanziaria 2005 quantificava in € 88.195 milioni il livello di finanziamento della spesa per il servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato per l'anno corrente. Su tale livello di spesa, è stato applicato un incremento percentuale del 2% per il 2006, integrato poi da € 2.000 milioni nella finanziaria 2007, mentre per il 2007 e gli anni seguenti è stato rideterminato il livello di finanziamento nel nuovo Patto per la salute più in linea con l'effettiva evoluzione della spesa sanitaria che in media si pone ben al di sopra del tasso previsto per il PIL nominale.

In seguito, l'Intesa, raggiunta in sede di Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, confermata dalla successiva Legge finanziaria per l'anno 2006 (art. 1, commi 274 ss., della legge n.266/2005), prevedeva il rispetto e la verifica di una nutrita serie di adempimenti organizzativi e gestionali. Tra questi, vanno menzionate le nuove forme di controllo per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), i vincoli all'offerta ospedaliera, da attuarsi mediante il rispetto del nuovo standard di posti letto e la disincentivazione dei ricoveri per lungodegenza, e, infine, una complessa articolazione di meccanismi procedurali e di controllo.

Per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla richiamata Legge finanziaria '06, le Regioni hanno attuato un considerevole sforzo diretto a migliorare l'impostazione dei programmi e delle strategie di intervento, a razionalizzare l'organizzazione, a semplificare le procedure e ridurre i costi di gestione, ricorrendo anche a strumenti gestionali capaci di assicurare il concorso di sinergie diverse e il realizzarsi di economie di scala, restando salvo, comunque, l'obbligo per le Regioni di garantire, in sede di programmazione, l'equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie, Istituti di

Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle Pubbliche Amministrazioni, prevedendo l'adozione obbligatoria di misure volte al riequilibrio delle gestione, laddove necessarie, nonché l'eventuale decadenza del direttore generale¹¹.

Altre disposizioni di rilievo, confermate nelle annualità successive, venivano previste in riferimento alla definizione dei criteri e delle modalità di certificazione dei bilanci delle aziende, oltre che alla rimodulazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero.

Nel complesso la strategia del legislatore nazionale mira ad imporre talune scelte gestionali attraverso l'attribuzione di fondi integrativi condizionati a determinate modalità operative o a particolari tipologie di spesa. A queste si associano la previsione di nuove responsabilità ed incombenze in capo ai responsabili degli enti gestori del servizio sanitario regionale e l'adozione di misure di sospensione o dilazione dei pagamenti, contestualmente all'introduzione di nuovi obblighi di comunicazione ed informazione nei confronti degli organi di controllo esterno. Si inserisce su questa linea l'automatismo previsto dall'art. 1, comma 174 della L. 311/04, così come integrato dalla L. 266/05, consistente nell'utilizzo della leva fiscale delle entrate proprie delle Regioni, con l'innalzamento al livello massimo delle aliquote IRPEF ed IRAP nei casi di mancata integrale copertura dei disavanzi registrati riscontrata nelle diverse annualità.

In effetti, l'incertezza del quadro normativo sulla finanza regionale ed, in particolare, l'attuale mancata attuazione dell'art. 119 della Costituzione in uno alla permanenza, sia pure profondamente modificata, del meccanismo redistributivo previsto dal Decreto legislativo n. 56/2000, continuano a condizionare l'attuazione dei principi di autonomia finanziaria delle Regioni e rappresentano l'ostacolo principale alla definizione del nuovo sistema di finanziamento.

¹¹ Veniva, altresì, prevista l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative per il personale medico e di informazione per gli utenti del Servizio sanitario, oltreché di elaborazione dei criteri di priorità e di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni. Ad essa si affianca il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), il quale, avvalendosi delle funzioni svolte dal Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), ha il compito di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza.

b) Le misure del piano di rientro dal debito del SSR Campano

Venendo al contesto del Servizio Sanitario Regionale Campano, la generale situazione economico-finanziaria si presenta particolarmente critica con riferimento sia alla situazione debitoria pregressa, che al deficit della gestione corrente, oltre che alle problematiche organizzative e gestionali che, complessivamente, incidono in modo determinante sull'effettiva possibilità di erogazione dei livelli essenziali da parte delle strutture erogatrici pubbliche e private operanti nella realtà regionale¹².

Per quanto riguarda la situazione finanziaria del SSR campano, proprio la difficile attuazione dei principi di autonomia finanziaria e federalismo fiscale delle Regioni, cui si è accennato sopra, ha contribuito ad evidenziare l'incapienza delle risorse disponibili per la grave difficoltà della comunità regionale di disporre di un'autonomia impositiva, capace di far fronte ai fabbisogni del bilancio regionale. In effetti, anche l'attuale sistema di finanziamento, basato sulla determinazione del fabbisogno per quota capitaria pesata sugli indicatori socio-sanitari in base ai criteri di riparto e di definizione dei bisogni sanitari della popolazione, come sinora previsto dalla Legge n. 662 del 1996¹³, privilegiando quello dell'età della popolazione, non ha fatto che acuire i problemi di sottofinanziamento di alcune realtà regionali come quella campana, che detiene la popolazione più giovane tra le regioni italiane¹⁴.

Per cui la situazione economico-finanziaria della Regione Campania a decorrere dall'ultimo quinquennio si delinea:

- con la spesa regionale per la sanità in costante aumento, con una percentuale di oltre quattro punti in media l'anno;
- con la crescita esponenziale del disavanzo, più che triplicato.

Venendo al Contesto organizzativo-gestionale del SSR campano si evidenzia preminentemente:

- la forte crescita dei costi del personale (+14%);
- l'invariata l'offerta sanitaria

¹² C. Fassari, Piani di rientro: i conti Regione per Regione, Quotidiano Sanità, Roma, 9.9.2010.

¹³ I criteri tradizionali prevedono di tenere conto di: popolazione residente per età e per sesso; frequenza dei consumi sanitari per livello e sottolivello di assistenza e per età e sesso; tassi di mortalità della popolazione; indicatori epidemiologici territoriali; indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari della popolazione. A tali criteri si è aggiunta, di recente, l'esigenza di stimare adeguatamente anche l'incidenza degli immigrati extracomunitari, regolarizzati o meno.

¹⁴ Il contesto demografico regionale in espansione è disegnato da una densità abitativa disomogenea con l'età media della popolazione è in crescita e le nascite in calo. La Situazione socio-economica è caratterizzata da: redditi e consumi bassi, basso grado di istruzione, alto tasso di criminalità, igiene pubblica carente, forte tasso migratorio dei giovani. La fotografia della situazione sanitaria si delinea con la crescita dell'aspettativa di vita e la riduzione del tasso di mortalità.

- una riduzione di 500 posti letto (PL) in RO
- il numero di PL più basso a livello nazionale rispetto al numero di persone servite
- l'eccessiva destinazione dei PL all'area medico-chirurgica e concentrazione nell'area di Napoli
- la scarsa attività riabilitativa e delle strutture RSA.

Con Indicatori clinici :

- ricorso maggiore al DH rispetto al RO;
- miglioramento dell'indice della degenza media;
- lieve miglioramento del trend della mobilità passiva
- basso grado di complessità dell'attività ospedaliera;
- Inappropriatezza indicatori e standard;
- indice di case-mix basso;
- bassa % casi complicati trattati;
- tasso di occupazione turn-over dei PL in ribasso.

La Regione Campania, dopo aver avviato con la legge regionale n. 28 del 24 dicembre 2003 importanti misure¹⁵ per il risanamento della finanza regionale, ha introdotto, con la legge finanziaria regionale per il 2006 (L.R. 24/2005), nuove disposizioni per la copertura dei disavanzi pregressi del sistema sanitario regionale, per complessivi € 170 milioni per ciascuno degli anni 2006 e 2007, in seguito estesa agli anni successivi per l'intera durata dell'operazione gestita dalla Società Regionale per la Sanità - So.Re.Sa. Spa - che si concluderà in un periodo massimo di 30 anni, provvedendo al relativo onere con le maggiori entrate derivanti dall'aumento dell'addizionale sul reddito per le persone fisiche e dell'imposta regionale sulle attività produttive. Tali somme sono state trasferite alla So.Re.Sa. al fine di definire il pagamento dei debiti maturati dalle AA.SS.LL. e dalle AA.OO. regionali fino al 31 dicembre 2005¹⁶.

¹⁵ Tra queste figurano: la costituzione di un fondo specifico alimentato con fondi regionali dedicato al ripiano dei disavanzi sanitari, la costituzione della società per azioni unipersonale So.Re.Sa., che ha finalità di consolidamento e di ottimale gestione del debito pregresso delle aziende sanitarie e ospedaliere regionali; la conferma, a livello di norma primaria, di varie deliberazioni assunte dalla Giunta regionale in materia di limitazione al *turn over* del personale sanitario, di tetti di spesa alla sanità privata e alla farmaceutica convenzionata, di distribuzione diretta dei farmaci, di *budget* aziendali per beni e servizi; la istituzione di un Osservatorio permanente finalizzato ad individuare le migliori condizioni di mercato per l'acquisto di beni; la previsione della decadenza dei Direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere per il caso di mancato rispetto dei tetti di spesa o di disavanzi maggiori di quelli concordati in sede di *budget*.

¹⁶ La So.Re.Sa. s.p.a. ha assunto a proprio carico tutta l'attività necessaria all'estinzione del debito, con il supporto di una garanzia fideiussoria, da parte della Regione, ovvero di altre garanzie immobiliari idonee a tenere indenne la società da ogni pretesa che possa derivare dal compimento delle operazioni. Alla So.Re.Sa. s.p.a. è attribuita, altresì, la titolarità esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura di beni e attrezzature sanitarie delle AA.SS.LL. e delle AA.OO. La stessa elabora, annualmente, un programma di contenimento della spesa corrente sanitaria, definendo piani e procedure centralizzate di acquisto e fornitura a livello regionale.

La finanziaria regionale per l'anno 2006, in attuazione degli obblighi posti a carico delle Regioni con la citata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ha fissato successivamente rigorosi tetti di spesa ai *budget* delle aziende del servizio sanitario regionale, in modo da ridurre la spesa sanitaria, per il triennio 2006-2008, del 18,5 per cento rispetto al livello dei costi raggiunto nell'esercizio 2004, prevedendo, in caso di mancato rispetto dei tetti di spesa, misure sanzionatorie a carico dei direttori generali delle aziende sanitarie, quali la perdita della retribuzione di risultato ovvero, in caso di recidiva, la decadenza automatica dalla funzione. Al fine di ottenere la riduzione e la ristrutturazione della spesa sanitaria nella misura voluta dalla legge finanziaria regionale per il 2006, la Giunta regionale ha approvato la delibera n. 1843 del 9 dicembre 2005, con la quale, attraverso l'introduzione di vincoli ed obiettivi di spesa per fattori di costo, ha posto le premesse per un effettivo contenimento della spesa ed il raggiungimento dell'equilibrio economico e gestionale delle aziende sanitarie ed ospedaliere campane in un quadro di risorse compatibili.

Nel quadro sopra descritto si inserisce il Patto per la salute sottoscritto da Governo e Regioni del 28.09.2006 e i cui contenuti sono stati trasfusi nella finanziaria 2007 (L. 296/06). Tale Patto introduce novità importanti rispetto al passato, in particolare con riferimento alle disposizioni relative agli impegni principali assunti delle Regioni interessate ai Piani di rientro, tra cui:

- vincoli per l'accesso al fondo transitorio;
- individuazione delle misure di copertura dei disavanzi pregressi¹⁷;
- criteri per l'accreditamento istituzionale¹⁸ e la riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio;
- pianificazione del contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera;

¹⁷ In via straordinaria, per le Regioni che abbiano stipulato l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della richiamata legge 311/2004 sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dell'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate.

¹⁸ E' prevista l'indicazione dei provvedimenti da adottare in materia di cui :

- viene individuata nel 1° gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

- viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'articolo 8-*quater*, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-*quater*, comma 1 del medesimo decreto;

- viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del d. lgs 229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'articolo 8-*quater*, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Tale provvedimento è trasmesso al Comitato di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1° gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli alle finalità del Patto i provvedimenti di cui all'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

- adeguamento dei LEA con inserimento, nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno;
- adeguamento alle disposizioni in materia di personale;
- attuazione dei provvedimenti amministrativi adottati con riferimento a:

- LEA;
- indicatori;
- programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel ssn;
- indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino;
- diffusione di linee guida e protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura;
- indirizzi per la razionalizzazione della funzione ospedaliera;
- indirizzi per garantire l'integrazione tra erogatori pubblici e privati in relazione all'esigenza della qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- invio di dati al NSIS per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata, distribuzione diretta dei farmaci, distribuzione per conto e monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, assistenza protesica e assistenza integrativa.

Con l'accordo del 13 marzo 2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Campania ha trovato approvazione il piano di rientro e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, adottato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007.

Nella tabella 1 di seguito riportata sono sintetizzati gli obiettivi generali ed i correlativi obiettivi specifici individuati dal piano di rientro.

Tabella 1 – Piano di rientro dal deficit sanitario

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
Riduzione strutturale del disavanzo	Riduzione dei costi di produzione Aumento delle entrate
Modificazione dell'organizzazione quali/quantitativa del SSR per contribuire all'equilibrio economico-finanziario nel rispetto dei LEA	Riduzione della spesa per il livello dell'assistenza ospedaliera Riorganizzazione e sviluppo del livello dell'assistenza distrettuale Riduzione della spesa farmaceutica Sviluppo sistemi di valutazione e controllo della appropriatezza Miglioramento e sviluppo del sistema informativo
Verifica situazione debitoria al 31/12/05	Attivare la procedura di affiancamento di cui all'art.8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.3.05
Monitoraggio della gestione	Adozione di nuove procedure contabili e gestionali ¹⁹

Altri provvedimenti prioritari

- Tetti di spesa e rimodulazione di alcune tariffe;
- Centralizzazione, budgetizzazione e razionalizzazione acquisti;
- Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera;
- Riduzione dei Costi del Personale: blocco del Turn-over per l'anno 2007, blocco totale per gli anni 2007, 2008, 2009 delle assunzioni a tempo determinato o con altre forme di lavoro flessibile, riduzione dei fondi destinati alla contrattazione integrativa, riallineamento risorse competenze accessorie alla media regionale;
- Rafforzamento strumenti di rilevazione dei flussi di dati per il monitoraggio.

Nel corso del monitoraggio del piano di rientro, ad opera del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato per la verifica dei lea, in virtù di quanto previsto dal D.L 159/2007, convertito con Legge n. 222/2007, il Consiglio dei Ministri, preso atto del mancato rispetto degli adempimenti previsti dal piano, con deliberazione del 24 luglio 2009

¹⁹ In particolare con il decreto commissariale n.14 del 30.11.2009 sono stati approvati, con obbligo di adozione per le aziende sanitarie del SSR a partire dal 1° gennaio 2010, i documenti necessari per supportare le aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali;

- Manuale dei principi contabili;

- Linee - guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende Sanitarie della Campania;

- Piano dei conti di contabilità generale unico regionale;

- Linee Guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità corredate dal Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità, dal Piano dei Fattori Produttivi e dalle Schede di Budget che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica.

Le procedure sono atte a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale: Modello di Nota Integrativa; Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure.

nominava il presidente pro-tempore della Regione Campania Commissario ad acta per l'attuazione del piano per la realizzazione degli interventi prioritari ivi indicati.

Ed, in effetti, la gestione corrente, ancora per l'anno 2009, ha presentato un disavanzo non coperto di € 497,701 mln. Si sono, pertanto, consolidate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre 2012 e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

In realtà, nel corso di questi anni di vigenza del piano – come rilevato anche dalla Corte dei Conti - la Regione Campania è pur vero che ha fatto ricorso a misure cogenti di correzione degli squilibri economico-finanziari del SSR, disponendo la decadenza dei Direttori generali delle Aziende sanitarie ed il commissariamento delle stesse, una volta riscontrate inadempienze nella gestione ed il mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, che ha tentato di provvedere alla copertura dei disavanzi evidenziati attraverso maggiorazioni sull'IRAP e sull'IRPEF, favorendo, certamente, in tal modo una sensibile riduzione degli stessi, ma le descritte misure adottate non si sono rivelate idonee a determinare un contenimento strutturale della spesa. Si rileva, quindi, indispensabile l'adozione di un sistema potenziato di controlli e di monitoraggio dei processi in corso di realizzazione, anche in applicazione del nuovo patto per la salute per il triennio 2010-2012, oltre all'attivazione di misure di compartecipazione alla spesa e di strumenti di controllo della domanda, fondati anche su un'attenta analisi delle prestazioni da ricomprendere nei livelli essenziali di assistenza²⁰.

²⁰ C. Fassari, Piani di rientro: i conti Regione per Regione, Quotidiano Sanità, Roma, 9.9. 2010.

Capitolo 2

L'UTILIZZO DEI SISTEMI DI CONTROLLO DI GESTIONE

2.1 Il Controllo di Gestione nelle aziende sanitarie ed ospedaliere

Il processo di cambiamento del SSN ha riguardato una significativa quantità di aspetti, tra cui l'introduzione di strumenti di gestione atti al controllo ed al contenimento della spesa sanitaria pubblica.

Riguardando in tale ottica i D.Lgs. 502/92 e 229/99 risulta evidente come l'intento di responsabilizzazione di tutti i soggetti operanti ad ogni livello della azienda sanitaria - attivato mediante la regionalizzazione, l'aziendalizzazione, il quasi-mercato, il nuovo sistema di finanziamento - fosse finalizzato all'introduzione di nuovi principi nella gestione delle aziende sanitarie, non più ispirati solo all'equità, all'universalità ed alla garanzia del servizio, ma orientati anche all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità dello stesso.

Dal punto di vista legislativo, è con l'emanazione della Legge 142/90 che vengono introdotti negli Enti Locali concetti e procedure di tipo aziendalistico e si diffondono strumenti per l'analisi dei costi e per la valutazione delle prestazioni, mentre con il D.Lgs. 77/95 viene per la prima volta introdotto il Controllo di Gestione degli Enti Locali e, infine, con il D.Lgs. 286/99, avente per oggetto *“Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche (PA)”*, che si delineano le caratteristiche strutturali del sistema di controllo di gestione.

Ai fini del Controllo di Gestione (CdG), come descritto al comma 1 dell'articolo 4 (D.Lgs 286/99), ciascuna PA definisce:

- a) l'unità o le unità responsabili della progettazione e della gestione del CdG;
- b) le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa;
- c) le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei responsabili;
- d) l'insieme dei prodotti e delle finalità dell'azione amministrativa, con riferimento all'intera amministrazione o a singole unità organizzative;
- e) le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- f) gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;

g) la frequenza di rilevazione delle informazioni.

I sistemi di programmazione e controllo di gestione nascono con una finalità ben precisa: orientare i comportamenti degli operatori verso il perseguimento degli obiettivi (efficacia) mediante il miglior impiego possibile delle risorse a disposizione (efficienza).

In termini generali, il sistema di programmazione e controllo di gestione potrebbe essere definito come meccanismo operativo con il quale l'azienda formula ed articola gli obiettivi aziendali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento. La caratteristica principale dei sistemi di programmazione e controllo di gestione è, come si vedrà nel prossimo paragrafo, la natura ciclica e dinamica del sistema²¹.

Per quanto concerne la reale attuazione delle procedure previste per l'implementazione di un appropriato sistema di controllo di gestione, bisogna riconoscere che soltanto in alcune Regioni la sperimentazione ha prodotto buoni risultati, risultando per molte altre, soprattutto nel Mezzogiorno, soltanto uno strumento orientato a supportare le esigenze informative di soggetti esterni e non quelle dei dirigenti dell'azienda.

Tra i motivi dei parziali insuccessi delle prime esperienze di implementazione dei sistemi di CdG nelle aziende sanitarie possiamo citare:

- difficoltà nel passare da una logica di gestione burocratica-amministrativa ad una manageriale;
- mancanza di riconoscimento dell'adeguata autonomia decisionale rispetto all'accresciuto livello di responsabilità;
- frammentazione dell'autorità e dispersione del potere per effetto del sistema di vincoli esterni;
- inadeguatezza dei supporti tecnici, in particolare dei sistemi informativi;
- la peculiarità delle aziende sanitarie pubbliche e del servizio offerto²².

Va peraltro sottolineato come, in realtà di dimensioni limitate e dotate dell'adeguata flessibilità e predisposizione all'adozione di tecniche innovative, la riforma dei controlli interni, attuata con il D.Lgs. 286/99, abbia promosso in breve tempo la convergenza dei processi e dei comportamenti gestionali verso logiche manageriali fondate su sistemi di pianificazione, programmazione e controllo dei risultati.

²¹ Merchant K.A., Riccaboni A., Il controllo di gestione, Mc Grow-Hill, Milano 2001.

²² In tal senso si vuole mettere in luce il fatto che le aziende sanitarie pubbliche hanno come finalità il soddisfacimento dei bisogni della collettività e non la remunerazione del capitale investito e, pertanto, esse cedono la maggior parte dei loro servizi attraverso operazioni diverse dallo scambio classico, quindi il risultato economico dell'azienda sanitaria pubblica non può costituire una misura soddisfacente della performance complessiva dell'azienda stessa, così come i ricavi non riflettono né la qualità, né l'appropriatezza, né la quantità e né l'utilità dei servizi erogati.

2.2 Il ciclo del Controllo di Gestione

Dopo aver brevemente descritto le caratteristiche che, secondo la normativa in materia sanitaria, deve possedere un adeguato sistema di Controllo di Gestione, è opportuno entrare nel merito del problema e passare a descrivere come dovrebbe essere progettato, strutturato ed implementato tale sistema, tenendo conto anche della letteratura sul tema.

L'espressione stessa "*Controllo di Gestione*", che rappresenta una possibile traduzione italiana del termine inglese "*Management Control*", cela in sé alcuni aspetti che è importante enfatizzare:

- 1) innanzitutto, il termine *Controllo*²³ assume, qui, il significato di guida e non quello di ispezione o verifica formale;
- 2) associato, poi, alla parola *Management* implica che si tratta di un controllo di natura manageriale che ha avuto, quindi, origine, applicazione e sviluppo in contesti progettati, organizzati e gestiti secondo una mentalità e con l'ausilio di strumenti di tipo manageriale.

Nel suo insieme, l'espressione "*Management Control*" è utile a ricordare che il Controllo di Gestione, in quanto meccanismo operativo forte, deve essere sempre a supporto dell'attività del management, deve pertanto essere in grado di fornire alla dirigenza le informazioni necessarie per guidare le proprie scelte, aiutarla ad assumere le decisioni che permettano il conseguimento degli obiettivi, precedentemente individuati, attraverso l'impiego efficiente delle risorse disponibili²⁴.

Altro aspetto fondamentale da mettere in luce, prima di procedere nella disamina degli strumenti e delle singole fasi attraverso cui si articola un efficiente sistema di CdG, è la natura "ciclica" e "dinamica" di tale strumento.

²³ Nelle realtà complesse come le aziende sanitarie, è possibile distinguere il controllo direzionale da quello operativo: il primo consiste in una traduzione dei piani operativi in operazioni correnti e reca un certo grado di soggettività, il secondo, invece, è una pura attività di verifica obiettiva dell'efficienza dell'esecuzione dei diversi compiti, nell'ambito di decisioni già prese e di parametri di performance già codificati (Anthony R.N., Sistemi di pianificazione e controllo, Etas Libri, Milano, 1967).

²⁴ AA.VV., Manuale di Contabilità Direzionale nelle Aziende Sanitarie, EGEA, Milano, 1998.

Anthony R.N. e altri, Il controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit, Mc-Graw Hill, Milano, 2003.

Casati G., Programmazione e Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2000.

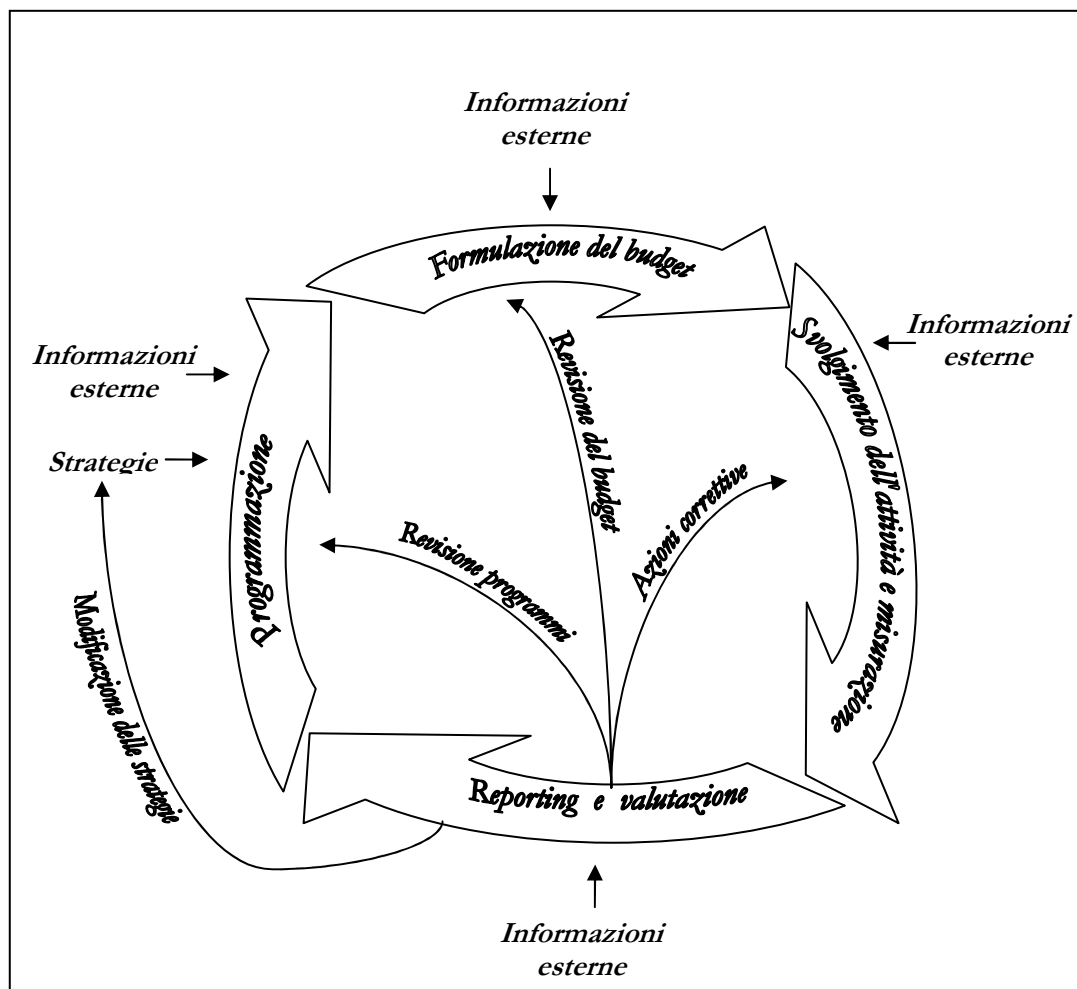


Figura 2: Le fasi dei sistemi di programmazione e controllo di gestione (Anthony e Young).

Come si evince dalla figura 2, il susseguirsi delle attività, in cui può vedersi articolato il ciclo di programmazione e controllo, evidenzia la “dinamicità” del sistema proprio nella connotazione iterativa del processo e nella capacità di autoregolazione, che assicura la possibilità di valutare i risultati conseguiti sia durante la gestione, in modo da consentire l’attivazione di azioni correttive, che alla sua fine²⁵.

Propedeutica alla comprensione della figura descritta precedentemente è una breve descrizione delle singole fasi:

- 1) Programmazione (o pianificazione²⁶): la pianificazione strategica degli obiettivi della struttura oggetto del controllo rappresenta la necessaria ed ovvia premessa per

²⁵ Si parlerà, quindi, a seconda dei casi, di meccanismi di controllo feed-forward, più adatto in condizioni ambientali poco prevedibili e/o azienda poco flessibile, o di meccanismi di controllo feed-back, più adatto in ambienti relativamente stabili.

²⁶ Tenzialmente considerati con valenza diversa dai vari autori, associando il termine pianificazione ad attività che riguardano il livello strategico o comunque scelte di lungo-medio termine, i termini “programmazione” e “pianificazione” sono trattati, in questo contesto, con significato univoco.

l'attivazione del sistema di controllo stesso. Tale livello programmatico è di competenza del vertice direzionale e, nelle aziende sanitarie, ha cadenza pluriennale, in coerenza con il PSN ed il PSR;

- II) Formulazione del budget: il controllo gestionale non può prescindere dall'analisi della razionalità della struttura esistente. L'elemento centrale è rappresentato dalla valutazione della condizione organizzativa, sia sulla base dell'impianto formale della struttura esistente, sia sulla base dei processi di relazione e di integrazione fra le varie unità organizzative. E', pertanto, mediante la predisposizione del budget, che avviene la traduzione dei piani e dei programmi aziendali in termini quantitativi e, in genere, in termini monetari. Il periodo temporale di riferimento è solitamente un anno e la formulazione del budget, una volta definito il Piano dei Centri di Responsabilità (CdR), prevede la segmentazione dei piani e progetti aziendali rispetto ai Centri di Responsabilità stessi;
- III) Svolgimento dell'attività e misurazione: la determinazione dei livelli di produzione dei servizi e del relativo costo di produzione, ossia l'analisi delle modalità di utilizzo delle risorse, rappresenta, di sicuro, il nucleo centrale e fondamentale di ogni processo di controllo gestionale. Occorre identificare le attività sviluppate e le risorse impegnate secondo modalità che permettano la connessione con la struttura formale dell'ente, attribuendo alle unità responsabili il costo dei fattori produttivi utilizzati. Lo strumento funzionale per questo scopo è costituito dalla contabilità analitica che rappresenta la tecnica contabile più idonea per la definizione dei costi/ricavi delle prestazioni, permettendo la verifica della spesa per CdR, per prestazione e per utente. Vengono altresì utilizzati indicatori e parametri più dettagliati rispetto a quelli utilizzati per la formulazione degli obiettivi, per la misurazione dell'attività svolta (*Key performance indicators* (KPI)), in termini fisico-tecnici (ad es. numero di prestazioni), e del grado di soddisfacimento della domanda o dei bisogni (ad es. tempo di attesa in accettazione);
- IV) Reporting e valutazione : la predisposizione delle informazioni operative, dirette alla direzione ed ai responsabili aziendali, costituisce il cosiddetto sistema di reporting necessario per l'analisi dell'andamento gestionale, per l'effettuazione delle analisi legate alla comprensione delle cause degli scostamenti e per la conseguente elaborazione delle modifiche e delle azioni correttive ai vari livelli strategici

(Modificazione delle strategie, Revisione dei programmi, Revisione dei budget, Azioni correttive)²⁷.

E' importante sottolineare come l'ambiente esterno condizioni ogni fase del ciclo di programmazione e controllo, determinando quelli che si definiscono "fattori di rischio" (o "business risk"²⁸) e "fattori critici di successo (FCS)".

Nei paragrafi successivi sarà posta l'attenzione sugli elementi del Controllo di Gestione, ossia sulla forte interazione tra infrastruttura organizzativa, di processo e tecnico-contabile, dalla cui unione nasce la caratteristica di "sistema" insita nel CdG stesso²⁹.

L'analisi degli elementi avverrà in maniera sequenziale pur costituendo, le tre infrastrutture, un unicum estremamente complesso.

2.2.1 Infrastruttura organizzativa

Il controllo di un amministrazione pubblica deve riguardare la gestione nel suo complesso, tenendo in considerazione il sistema di vincoli esterni, le linee guida dei vertici aziendali, gli obiettivi, le priorità, i cambiamenti della domanda del servizio offerto, le aspettative dei clienti-utenti³⁰.

A tal fine si rende necessaria una conoscenza profonda della struttura dei costi produttivi di ogni singolo bene o servizio e, soprattutto, dell'organizzazione amministrativo-produttiva articolata per centri di costo e di responsabilità.

Il disegno della struttura organizzativa deve presentare caratteristiche idonee a favorire la responsabilizzazione formale, cioè l'attribuzione delle responsabilità per i risultati parziali dell'unitario processo gestionale, ed a guidare i comportamenti delle persone responsabilizzate³¹.

²⁷ Garrison R.H., Noreen E.W., Programmazione e Controllo, McGraw-Hill, 2004

²⁸ In questo caso si parla di "fattori di rischio esterni", relativi cioè a variabili esogene e pertanto incontrollabili, ma da tenere in considerazione nell'effettuare le scelte sia strategiche che operative perché ne influenzano gli esiti. Altri fattori di rischio sono quelli "interni", che possono essere di processo o di gestione delle informazioni, a seconda dell'attinenza del rischio con l'attività dell'azienda (Bubbio, 1993).

²⁹ G. Azzone, Innovare il sistema di controllo di gestione: economic value added, benchmarking study report, National Performance Review, Washington, 1994.

³⁰ Mercurio R. e altri, Organizzazione aziendale: assetto e meccanismi di relazione, ediz. Giappichelli, Torino 2007.

³¹ Adinolfi P., Mele R., Elementi di Management Sanitario, Kastalia multimedia, 2005.

Ciò presuppone, quindi, che all'interno dell'organizzazione sia reso operativo un processo di delega dei compiti, grazie al quale è possibile individuare i soggetti a cui sono assegnati gli obiettivi da raggiungere.

Per l'assegnazione degli obiettivi, la misurazione e la successiva verifica dei risultati conseguiti, occorre tradurre la struttura organizzativa in un piano di "Centri di Responsabilità" (CdR), che possono essere definiti come "unità organizzative dell'azienda (sanitaria nel nostro caso) ove un gruppo di persone coordinate e guidate da un unico responsabile, impiega beni e servizi per raggiungere specifici obiettivi, del cui conseguimento risponde in via esclusiva il responsabile del centro"³².

Il piano dei CdR deve essere coerente con la struttura organizzativa dell'azienda, questo però non vuol dire sovrapporre il piano dei CdR alla struttura organizzativa esistente in modo acritico, ma, piuttosto, operare un'analisi organizzativa per portare alla luce eventuali limiti ed incoerenze, e, successivamente, far in modo che piano dei CdR e struttura organizzativa si integrino e comunichino tra loro.

I CdR si articolano su più livelli gerarchici (architettura verticale) e, ad esclusione di quelli del livello più basso, tutti i CdR sono costituiti da un aggregato di CdR di livello inferiore. E' possibile anche una classificazione dei CdR secondo il criterio *funzionale*, in cui i CdR sono classificati a seconda della funzione svolta, e *misto*, che accoglie la distinzione dei CdR per settori di attività, tipica della classificazione funzionale, operando, successivamente, anche la suddivisione gerarchica. Nel caso delle aziende sanitarie è possibile individuare almeno tre livelli gerarchici :

- 1) articolazione organizzativa strutturale interna (Unità Operative Semplici);
- 2) unità operativa autonoma o strutture complesse, come denominate con il D.Lgs. 229/99 (Unità Operative Complesse);
- 3) dipartimento.

E' evidente che a seconda del livello gerarchico, i requisiti³³, che definiscono le caratteristiche specifiche del sistema di CdG, assumeranno una valenza diversa, funzionale al grado di utilità ed al trade-off tra costi e benefici.

³² Mussari R., "Sistemi di rilevazione nelle aziende regionali: teorie, metodi e principi contabili", Università Commerciale "Luigi Bocconi", Milano, 1999 .

³³ In genere si considerano: la completezza, ossia la capacità di misurare un insieme sufficientemente ampio di informazioni; la rilevanza, che consiste nella scelta delle informazioni utili e mirate rispetto ai problemi decisionali aziendali; la selettività, definita dal rapporto tra le informazioni rilevanti e quelle irrilevanti che il sistema è in grado di produrre per organi decisionali; la tempestività, intesa come la capacità di fornire rapidamente le informazioni richieste; la misurabilità, definita come la possibilità di associare a ciascuna prestazione un indicatore rilevabile in modo oggettivo; l'orientamento, che fa in genere riferimento alla dimensione temporale dei fenomeni gestionali (orientamento al breve, al medio o lungo periodo); le responsabilità specifiche, ossia la capacità di associare ad ogni unità organizzativa le sole prestazioni che essa è in grado di determinare.

Un problema caratteristico delle aziende sanitarie è che, dovendo identificare un CdR quando il responsabile ha la titolarità delle risorse nei confronti dell'azienda e non accadendo, in genere, ciò ai livelli gerarchicamente inferiori, risulterebbe pertanto individuato un singolo CdR per dipartimento.

Altro limite presente nelle aziende sanitarie è rappresentato dal fatto che il responsabile di CdR, nel perseguire gli obiettivi prefissati, potrebbe decidere di modificare la composizione del personale o della tecnologia qualora lo ritenesse propedeutico al raggiungimento degli obiettivi: nelle aziende sanitarie pubbliche ciò non è possibile, poiché l'attribuzione delle risorse è abbastanza rigida, ma più che nell'ammontare, nella loro composizione (si pensi al caso del personale, dove non sono assegnate tre unità di personale, ma tre persone con nome e cognome).

Nel definire la dimensione organizzativa dei CdR, dovrebbero essere tenuti in considerazione vari fattori, tra cui:

- l'*omogeneità* delle operazioni compiute, per poter individuare quali siano le attività produttive ed erogative in cui il centro è impegnato e poterle distinguere da altre attività assegnate a centri diversi;
- l'opportunità di distinguere e classificare i CdR in funzione della natura dell'attività svolta e delle leve decisionali di cui dispone il responsabile del centro. Tradizionalmente, si distinguono i CdR in: *centri di costo, di ricavo, di spesa e di profitto*³⁴. Tale distinzione si rivela utile per individuare la dimensione economica di risultato rispetto a cui sarà prevalentemente responsabilizzato il capo del centro nonché per definire la tipologia e la rilevanza delle informazioni che il sistema di CdG deve generare per i responsabili dei vari centri. Questo aspetto dei CdR, legato all'architettura orizzontale, sarà ripreso ed approfondito nei paragrafi successivi;
- l'*individuabilità*, nell'ambito dell'azienda sanitaria, di figure professionali che possiedano capacità manageriali coerenti con la posizione organizzativa di responsabile di centro;
- la *significatività*, rispetto al valore complessivo, delle risorse umane, materiali e finanziarie assegnabili a ciascun centro;

³⁴ Sono centri di spesa le unità organizzative (u.o.) caratterizzate o da un output difficilmente valorizzabile in termini monetari o da una relazione tra output ed input difficilmente esprimibile attraverso coefficienti di impiego standard (attività di supporto come le attività amministrative, R&D, etc.); si definiscono centri di costo le u.o. che, pur non determinando in modo autonomo il livello del proprio output, sono responsabili delle risorse impiegate per ottenerlo; come centri di ricavo si definiscono le u.o. la cui responsabilità è limitata alla vendita sul mercato; infine, i centri di profitto sono u.o. in grado di controllare direttamente sia le scelte relative all'output che quelle connesse con le risorse da impiegare per realizzarlo (approvvigionamento, negoziazione sui prezzi di trasferimento, etc.)- Cfr. G. Azzone, "Innovare il sistema di controllo di gestione: economic value added, benchmarking study report", National Performance Review, Washington, 1994.

- la *specificità* di dotazione dei fattori operativi, in particolare lavoro ed attrezzature, per poter evitare difficoltose stime di costi che non si riferiscano ad un unico centro.

Per migliorare l'attività svolta da ogni CdR possono essere previsti anche dei meccanismi premianti o sanzionatori, da adottarsi sulla base dei risultati raggiunti, comprensivi sia di avanzamenti di carriera, sia di incentivi monetari.

E' possibile affermare, quindi, che ogni CdR è caratterizzato da:

- *obiettivi e risultati*;
- *leve o strumenti operativi*, con cui si indicano i fattori e l'ambito decisionale a disposizione di ogni responsabile per il raggiungimento degli obiettivi;
- *elementi di responsabilizzazione*, che si individuano nelle grandezze quantitative o monetarie e negli indicatori di performance che permettono la valutazione oggettiva del grado di raggiungimento degli obiettivi.

Attraverso la strutturazione in CdR risulta facilitato il processo di controllo, poiché è possibile confrontare i risultati di ciascuna unità con gli obiettivi specifici della stessa e verificarne, quindi, il grado di raggiungimento³⁵.

2.2.2 Infrastruttura di processo

Dopo aver affrontato la problematica relativa alla disposizione di una struttura organizzativa articolata per Centri di Responsabilità, in modo da poter conoscere *chi fa che cosa*³⁶, si cerca di evidenziare, ora, quali sono gli elementi strettamente legati al processo di programmazione e controllo.

Nel trattare il "ciclo di controllo", si è visto che il primo passo del processo attiene alla fase di programmazione o pianificazione, in cui avviene la definizione dei programmi dell'azienda, ossia di tutte le attività che essa dovrà svolgere per attuare le proprie strategie.

Nella suddivisione sequenziale del processo di pianificazione strategica, è possibile individuare tre fasi³⁷:

³⁵ AA.VV., Manuale di Contabilità Direzionale nelle Aziende Sanitarie, EGEA, Milano, 1998.

³⁶ La "frammentarietà" della struttura organizzativa in reparti, divisioni, ambulatori, ponendo maggiori criticità nella distribuzione dei costi, sarà ripresa ed approfondita nella trattazione della contabilità analitica.

³⁷ Chakravorthy B.S., Lorange P. Managing the strategy process. Prentice- Hall Internationale. Londra, 1991.

- *identificazione degli obiettivi*, fase in cui si individuano le linee guida generali dell'azienda;
- *programmazione strategica*³⁸, in cui si definiscono i programmi pluriennali necessari per il raggiungimento degli obiettivi;
- *budgeting*, in cui si determinano le azioni da svolgere nel breve periodo per implementare i programmi pluriennali proposti e si allocano le risorse.

Una volta descritto come bisogna strutturare un efficiente sistema di budget per le aziende sanitarie, si passerà all'analisi degli altri elementi fondamentali per l'implementazione del processo di CdG, in particolare: *analisi degli scostamenti, indicatori di misura e sistema di reporting*.

a) Il sistema di budget nelle aziende sanitarie

Per quanto riguarda la definizione di budget³⁹, riprendendo quanto già espresso nel precedente paragrafo, si può dire che, oltre a tradurre i programmi in obiettivi di breve periodo (in genere un anno, ma talvolta anche sei o tre mesi), il budget viene articolato per CdR, assicurando che gli obiettivi e le scelte dei singoli CdR non siano in contrasto tra loro e siano coerenti con gli obiettivi generali dell'azienda.

Una definizione del budget, aderente alle peculiarità delle aziende sanitarie, è quella che lo classifica come un processo di responsabilizzazione diffusa su risorse ed obiettivi, attraverso il quale i diversi attori coinvolti dichiarano in modo esplicito le cose da fare, i modi, le tipologie e le quantità di risorse, i processi organizzativi ed il tempo da impiegare. Risulta, in tale ottica, una vera e propria operazione di *autovalutazione attiva* da parte degli stessi responsabili di budget.

Elementi caratteristici del budget sono la sua *globalità*, ossia la sua estensione a tutte le aree funzionali ed a tutti i livelli, la già citata *articolazione per CdR*, mediante coordinamento, correlazione e coerenza delle gestioni, l'*articolazione per intervalli di tempo infraannuali*, per consentire confronti più frequenti tra dati di budget e dati effettivi,

³⁸ Nella realtà delle aziende sanitarie, a semplificare il compito degli organi istituzionali aziendali, arriva il Piano Sanitario Regionale triennale, redatto sulla scia del Piano Sanitario Nazionale, contenente già le linee principali di programmazione, proporzionate alla realtà territoriale e coerenti con le risorse disponibili, riducendo il rischio di predisporre piani irrealizzabili.

³⁹ Altre definizioni proposte dalla letteratura economico-aziendale italiana ed internazionale sono:

“Il budget è uno strumento di misurazione economico-finanziaria e di diffusione degli obiettivi e di mezzi (risorse varie), atto a rendere più razionale la gestione aziendale”, Cfr. Bastia P., Il budget d'impresa, CLUEB, Bologna, 1989;

“Il budget è [...] un programma d'azione, espresso in termini quantitativo monetari, relativo a un definito orizzonte temporale, variamente articolato su periodi più brevi”, Cfr. Deodori C., L'economia ed il bilancio delle società, Giappichelli Editore, Torino, 1995.

“Documento contabile-amministrativo che individua il programma di gestione attraverso la determinazione dei risultati economici-finanziari che l'azienda intende raggiungere nel successivo esercizio, e che si sintetizza nella formulazione di un bilancio preventivo” Cfr. Bocchino U., Controllo di gestione e budget, Ed. Giuffrè, Milano, 1994.

ed, infine, la *traduzione in termini quantitativi, sintetici, misurabili, controllabili e prevalentemente monetari*⁴⁰ degli obiettivi di budget, per permettere il consolidamento dei programmi settoriali, la diffusione presso i vari livelli di una “mentalità economica”, la possibilità di confronto con parametri di riferimento e la responsabilizzazione di tutti gli operatori.⁴¹

Va precisato un aspetto: il budget, pur risultando dal punto di vista amministrativo-contabile un documento che si sintetizza in un bilancio preventivo, “non coincide” con il bilancio preventivo di contabilità generale, così come “non costituisce” un semplice tetto di spesa per i responsabili delle varie aree aziendali, ma contribuisce alla razionalizzazione delle risorse per non sfiorare la soglia di spesa, garantendo il raggiungimento degli obiettivi.

Nelle aziende sanitarie il budget si configura come lo strumento operativo di programmazione e controllo per i C.d.R di un’azienda sanitaria a cui sono assegnati obiettivi quali-quantitativi e correlate risorse sia correnti che di investimenti. Esso ha una triplice finalità:

- 1 – budget come sistema operativo aziendale sia di programmazione (strumento formale con cui si quantificano i programmi d’azione, se ne verifica la fattibilità reddituale, tecnica e finanziaria, si allocano le risorse coerentemente agli obiettivi da perseguire) che di controllo (strumento che permette la valutazione delle performance e quindi l’effettivo raggiungimento degli obiettivi concordati).
- 2 – budget finalizzato al raggiungimento del processo di responsabilizzazione dei professional e di tutti coloro che operano in realtà ultracomplesse in cui si prevede la negoziazione di obiettivi condivisi;
- 3 – budget per la definizione di obiettivi quantitativi e qualitativi, questi ultimi legati all’efficacia dell’assistenza o meglio ancora all’appropriatezza della stessa in modo da rispettare la coerenza con i fini istituzionali di un’azienda sanitaria.

In definitiva è possibile sintetizzare le finalità del budget in:

- 1) **Programmazione**: in cui avviene la quantificazione dei programmi d’azione, se ne verifica la fattibilità e si assegnano le risorse in coerenza con gli obiettivi;

⁴⁰ Nelle aziende sanitarie, essendo la mission finalizzata alla produzione di output (prodotti e prestazioni) e outcome (risultati di salute) attraverso la processazione di risorse, risulta (in particolar modo per l’outcome) difficile tradurre gli obiettivi mediante indicatori monetari, pertanto si ricorre spesso ad indicatori quantitativi e qualitativi di altro tipo.

⁴¹ Donna G., Riccaboni A., Manuale del Controllo di Gestione, IPSOA, 2003

- 2) Guida e motivazione⁴²: in quanto fornisce ai dirigenti le linee da seguire ed i mezzi da utilizzare per il raggiungimento degli obiettivi di cui sono responsabili, e la necessaria motivazione attraverso la disposizione di un sistema premiante adeguato al livello di prestazioni;
- 3) Controllo e valutazione: in quanto fornisce i parametri con cui confrontare i risultati di gestione effettivamente realizzati;
- 4) Coordinamento ed integrazione: il budget assicura, infatti, che tra i CdR dei vari livelli gerarchici, così come tra quelli dello stesso livello, non si generino conflittualità, garantendo la giusta coerenza tra gli obiettivi dei CdR e quelli dell'azienda;
- 5) Apprendimento e formazione: i dirigenti sono chiamati, nella formulazione del budget, ad assumere decisioni in un ambito, quello organizzativo-manageriale, completamente diverso da quello tipico del proprio ruolo specialistico.

Per quanto concerne l'articolazione del sistema di budget, essa risulta sviluppata per livelli di aggregazione via via crescenti a partire dai *budget elementari*, relativi a parti specifiche dell'azienda (fattori produttivi, CdR, Prodotti, etc.), aggregati in sottosistemi di varia ampiezza, i *budget parziali* (area produzione, servizi centrali, etc.), a loro volta contenuti in uno tra i sottosistemi di *budget operativo*, *budget degli investimenti* e *budget finanziari*.

L'aggregazione dei contenuti di questi budget produce il *bilancio preventivo*, che unitamente a tutti i budget elementari e parziali dà vita a quello che viene definito "*sistema di budget*".

b) Organizzazione di supporto del sistema di budget

Gli organi deputati a svolgere le attività previste per il funzionamento del sistema di budget sono due, e, precisamente, il *comitato di budget* e l'*ufficio budget*.

Il primo dei due organi è preposto a fornire le direttive da seguire nell'elaborazione del budget, a coordinare ed integrare i budget parziali e ad approvare le correzioni in corso d'esercizio.

L'ufficio budget, invece, funge da supporto tecnico-operativo all'intero processo di formulazione e attuazione del sistema di budget, verificando che ci siano le condizioni tecniche necessarie, in particolare:

- un completo e routinario sistema di contabilità dei costi;

⁴² L'aspetto motivazionale va valutato con attenzione nella formulazione del budget: fissare obiettivi non realistici potrebbe causare scontento e generare un effetto demotivante, così come fissare obiettivi facilmente conseguibili potrebbe portare ad un atteggiamento adattativo. Altro aspetto demotivante e controproducente è associato alla possibilità di revisione in corso del budget, infatti, sapendo di poter rivedere le proprie scelte, i responsabili potrebbero non dedicare pieno impegno alla realizzazione degli obiettivi.

- un sistema di rilevazione delle attività automatizzato e sistemizzato, capace di produrre dati significativi, attendibili e puntuali.

Altra struttura importante nel processo di elaborazione del budget è costituita dai Nuclei di Attività Omogenee (NAO), gruppi di attività/operazioni, dalla cui aggregazione nasce l'Unità Decisionale o Nucleo Organizzativo dotato di autonomia decisionale reale sui processi produttivi ed il cui responsabile (unico) risponde degli obiettivi e dei risultati. In genere nelle aziende sanitarie, le Unità Decisionali coincidono con i CdR, mentre i NAO sono ritenuti sufficientemente omogenei per:

- natura delle attività, dei processi o degli indicatori dei risultati;
- tipologie di pazienti;
- patologie, quantità/qualità delle risorse assorbite e tipologie di prestazioni;
- caratteristiche o fasi del processo produttivo.

I NAO, in definitiva, sono frammenti di processi produttivi o di erogazione, che potenzialmente possono riguardare solo uno dei diversi settori di attività nelle quali può articolarsi un'unità organizzativa e per i quali dovrà essere possibile definire un esiguo numero di indicatori di attività⁴³.

E' utile evidenziare, a questo punto, circa la connotazione del processo di budget in relazione alla suddivisione delle responsabilità ed alla condivisione degli obiettivi, la necessità di implementare un sistema di budget che risulti di tipo "bottom-up" e non "top-down", per altri due motivi:

- 1) per la complessità delle aziende sanitarie e per l'elevata gamma di prestazioni che possono essere prodotte in esse;
- 2) per la natura dei processi produttivi, caratterizzati da un evidente contenuto professionale e da una grande eterogeneità e soggettività del servizio, tanto nel soggetto erogatore, quanto in quello fruitore.

c) Il sistema di Indicatori per la Misurazione delle Performance

Tra le varie finalità di un sistema di CdG, vi è, di sicuro, quella di fungere da supporto decisionale per il management, ossia da strumento capace di orientare le scelte in virtù delle informazioni messe a disposizione dal sistema informativo.

⁴³ Gli indicatori di attività dovranno essere espressione significativa e traduzione quantitativa degli obiettivi di budget. A seconda dei casi si parlerà di indicatori di risultato o di outcome, indicatori di risorse o di input, indicatori di prodotto/servizio o di output, indicatori di processo ed, infine, indicatori di flussi economici o di costi.

Costruire un adeguato sistema di indicatori di performance significa risolvere il problema relativo proprio alle caratteristiche delle informazioni, perché se per un verso sarebbe opportuno disporre di un elevato numero di dati e rilevazioni dei “fatti” aziendali, per l’altro ciò comporterebbe un eccessivo dispendio di risorse sia in termini di costi che di tempo. Risulta opportuno, pertanto, strutturare un sistema di indicatori che possa fornire una misurazione che, seppur espressa in una dimensione strettamente *quantitativa e sintetica*, risulti *significativa* del fenomeno oggetto della misurazione stessa.

Per le aziende sanitarie, in cui non è il *mercato* ad esprimere un giudizio sui risultati delle attività, è molto difficile misurare l’output, per vari motivi:

- il servizio⁴⁴ è intangibile ed esclude la possibilità di utilizzare come parametri unità di peso, volume o superficie;
- la prestazione è personalizzata e non standardizzata;
- la quantificazione monetaria non è direttamente applicabile.

Bisogna precisare che la misurazione, intesa come “l’assegnazione di valori ad oggetti o eventi, in modo che l’utilizzatore abbia un supporto nel governo e nel conseguimento delle finalità dell’azienda” ⁴⁵(Casati, 2000), dipende notevolmente dagli *utilizzatori* delle informazioni. Si parlerà, quindi, di:

- *indicatori di attività*: che considerano l’attività svolta mediante la misurazione della produzione dei servizi, ponendo l’attenzione sui mezzi impiegati;
- *indicatori di risultato*⁴⁶: che esprimono il grado di raggiungimento degli obiettivi (*outcome*) dell’organizzazione;
- *indicatori di efficienza*: che, con carattere marcatamente tecnico-economico, esprimono il rapporto tra i risultati di processo (output) e le risorse impiegate (input). Tipici indicatori di efficienza, espressi in termini economici, in cui le risorse utilizzate sono misurate in valore, sono gli “*indicatori di costo*”.
- *indicatori di efficacia*: che mettono in rapporto i risultati conseguiti con i risultati attesi o obiettivi programmati (*efficacia gestionale*). Altro tipo di indicatori di efficacia sono quelli che misurano il grado di soddisfazione della domanda di salute, ossia l’effetto prodotto sui destinatari del servizio, in rapporto ai bisogni sociali della comunità (*efficacia sociale*);

⁴⁴ Il servizio o prodotto di un’azienda ospedaliera è conseguenza di una duplice funzione di produzione: la prima, convertire gli input (fattore lavoro, attrezzature, etc.) in output standard (pasti, medicazioni, analisi di laboratorio, etc.), la seconda, quella principale, ricevere pazienti con un bisogno e, mediante le conoscenze degli operatori sanitari, rispondere alle esigenze di salute. Pertanto, il prodotto o servizio sanitario è l’insieme di prodotti intermedi, attività ed esito, ottenuto dalla combinazione dei prodotti intermedi e delle attività.

⁴⁵ Cfr. Casati.

⁴⁶ Qualora non fosse possibile esprimere gli obiettivi di risultato attraverso indicatori quantitativi, è possibile utilizzare degli indicatori surrogati, detti “*proxy*”, che sono quantitativi e sufficientemente significativi degli obiettivi dell’organizzazione (Cfr. Anthony R, cit.).

- indicatori di economicità: che esprimono, meglio di qualunque altra tipologia di indicatori, la logica e il modello aziendale, mettendo in luce la capacità di svolgere l'attività di tutela della salute mantenendo un equilibrio tra “valori economici” espressivi della ricchezza a disposizione e “valori economici” espressivi dell'acquisizione dei fattori produttivi che servono ad erogare prestazioni e servizi;
- indicatori di qualità: che hanno la funzione di individuare il livello del servizio prodotto, sia in assoluto che in riferimento a periodi di tempo diversi, rapportandoli a parametri standard.

Possiamo concludere dicendo che il sistema di indicatori, siano essi finalizzati a razionalizzare l'impiego dei fattori produttivi o a definire i legami costo-produzione, o ancora ad individuare il grado di soddisfacimento dei clienti/utenti, rappresenta lo strumento di verifica e monitoraggio costante del grado di perseguimento degli obiettivi prefissati, a tutti i livelli dell'azienda, se correttamente interpretato e confrontato ad un sistema di valori obiettivo standard.

d) La valutazione del “casemix”

Strettamente connesso al problema della misurazione dei risultati nelle aziende sanitarie, in particolar modo, inerente all'individuazione dei legami esistenti tra costi e produzione, è la formulazione di metodi di misura che portino all'individuazione di categorie omogenee di pazienti rispetto al consumo di risorse. La valutazione del casemix affronta le problematiche, già evidenziate, relative alla complessità, alla numerosità ed alla eterogeneità dei casi trattati, cercando di fornire all'amministrazione dei raggruppamenti di pazienti e patologie in categorie, ritenute quanto più simili tra loro.

Nella tabella che segue sono riportati i metodi di valutazione del casemix più diffusi: il *Patient Management Categories*, il *Disease Staging*, il *Patient Severity Index*, il *Diagnosis Related Groups System*.

Metodi di misura	Caratteristiche	Finalità
Disease Staging	Descrive quattro stadi di evoluzione delle malattie (cinque per quelle neoplastiche) definiti attraverso le caratteristiche cliniche che corrispondono alle complicazioni quindi ai livelli progressivi di severità	Dare una descrizione dettagliata della patologia, in particolare della severità nella sua evoluzione durante lo stesso ricovero, per utilizzare tale variazione come indicatore della qualità ed efficacia dell'assistenza
Patient Management Categories	Basato sulla diagnosi di ingresso e sulla teoria che i medici stabiliscono le procedure diagnostiche e terapeutiche attraverso i sintomi del paziente ricoverato e non sulla diagnosi di dimissione	La stima economica di ciascun PMC è determinata attraverso la valutazione delle procedure
Patient Severity Index	Basato sui dati contenuti nelle cartelle cliniche (stages delle malattie; grado di severità delle complicanze; condizioni interagenti con la malattia; livello di assistenza infermieristica; esecuzione di procedure intensive; grado di risposta alla terapia; danni eventuali conseguenti alla terapia). Al momento della dimissione la cartella clinica è analizzata e il paziente è valutato su una scala di quattro livelli per ogni aspetto descritto	Correlazioni tra il punteggio di severità attribuito e il consumo di risorse, il tempo di degenza, i costi di laboratorio, di routine e delle indagini radiologiche
Diagnosis Related Group	Basato sulla diagnosi di dimissione. Classificazione di gruppi di casi trattati omogenei per complessità del profilo diagnostico e per le risorse assorbite	Controllo interno dei costi. Finanziamento delle prestazioni

Tabella 2 - I sistemi di misura basati sulla valutazione del casemix (Casati)⁴⁷.

e) Il sistema informativo e di reporting

Per svolgere in modo adeguato la funzione di supporto ai vari livelli dirigenziali, il sistema di CdG non deve limitarsi a produrre le informazioni per verificare le modalità di svolgimento dei processi aziendali, ma deve essere dotato di un efficiente sistema informativo, che sia in grado di comunicare ed analizzare i dati rilevati al fine della valutazione della gestione.

Si può, allora, definire *sistema di reporting* "l'attività di comunicazione, ad un soggetto responsabile dell'attribuzione o dell'impiego di determinate risorse, di informazioni sull'andamento della gestione, rilevanti per la sua attività decisionale"⁴⁸.

⁴⁷ Casati G., Programmazione e Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2000.

⁴⁸ G. Casati, Programmazione e Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2000.

Per realizzare la funzione di strumento operativo di orientamento alle scelte del management, il sistema di reporting deve essere in grado di veicolare i flussi informativi garantendo la *disponibilità* delle informazioni a tutti i livelli con la *tempestività* necessaria per prendere decisioni in tempo reale o, quantomeno, in tempi brevi.

L'obiettivo specifico del sistema di reporting è di favorire la trasmissione e l'utilizzo delle informazioni al fine di supportare i processi decisionali della dirigenza aziendale sia a preventivo che a consuntivo.

In particolare, il sistema di reporting:

- consente l'effettiva implementazione della logica di programmazione e controllo tramite la reale utilizzazione dei dati e delle informazioni elementari fornite dal sistema contabile direzionale;
- rappresenta un supporto operativo di fondamentale importanza per la progettazione e gestione del sistema di budget e per la responsabilizzazione degli operatori sul raggiungimento di concordati livelli di risultato;
- realizza l'integrazione tra attività di programmazione di breve periodo e attività di controllo finalizzata a garantire un continuo adattamento delle scelte gestionali al mutare del contesto ambientale esterno e del contesto organizzativo interno.

Il sistema di reporting assumerà, evidentemente, connotati diversi, a seconda degli obiettivi e delle finalità informative, si parlerà pertanto di:

- ♦ report di controllo: in cui si riportano i dati provenienti dalla contabilità direzionale per la valutazione della performance, sia economica che finanziaria, dell'unità oggetto di analisi e per la rilevazione delle differenze rispetto ai dati di budget e agli indicatori di riferimento. E' possibile operare una ulteriore suddivisione di tali report in:
 - report di routine o con finalità conoscitive: prospetti informativi inviati periodicamente (solitamente trimestralmente), con cadenza costante, ai responsabili, caratterizzati da una struttura sintetica e standardizzata (dati consuntivi di contesto, serie storiche, etc.) finalizzata ad evidenziare le informazioni significative per ciascun livello;
 - report di approfondimento o a richiesta: prospetti informativi caratterizzati da un elevato grado di analiticità dell'informazione, finalizzati a rispondere a particolari esigenze conoscitive in relazione a situazioni anomale o particolarmente significative;

- ♦ report con finalità decisionali: sono utilizzati per fornire le informazioni direttamente necessarie a compiere delle scelte strategiche, operative o di pianificazione e sono realizzati ad hoc su richiesta del responsabile. I dati contenuti in tali report possono essere di natura consuntiva o preconsuntiva.

Un ruolo importante nella comunicazione dei dati è svolto dal “*controller*”, il fornitore dell’informazione, che non dovrà sempre ispirarsi al principio di neutralità nella trasmissione dei dati, ma dovrà inserire nella comunicazione degli elementi di soggettività, finalizzati a guidare il destinatario delle informazioni al cuore della problematica, a stimolare il suo interesse e le sue reazioni. Sceglierà, quindi, a seconda dei casi, se utilizzare forme discorsive, tabellari o grafiche (cartacee o informatizzate) nei report per focalizzare al massimo l’attenzione dei destinatari sui contenuti informativi.

Un aspetto rilevante è quello relativo ai requisiti che, in generale, deve possedere il contenuto di un report, in particolare:

- *rilevanza*: le informazioni contenute nei report devono essere tali da fornire con continuità gli strumenti decisionali ai responsabili per la corretta interpretazione e valutazione delle variabili gestionali critiche;
- *sinteticità o analiticità*: ai vertici aziendali dovranno presentarsi dati di natura aggregata, rappresentativi del quadro generale e rappresentativi dei risultati della gestione, pertanto, sarà loro richiesta la giusta sinteticità; tuttavia, man mano che ci si sposta dal vertice strategico al livello operativo, il grado di analiticità delle informazioni cresce per soddisfare le più dettagliate esigenze informative;
- *controllabilità*: le informazioni contenute nei report devono orientare l’attenzione del destinatario sulle variabili soggette al suo controllo;
- *confrontabilità*: i dati consuntivi sulla gestione delle attività, di per sé, non consentono di esprimere alcun giudizio o valutazione, pertanto è necessario definire dei parametri⁴⁹ da utilizzare come base di confronto con i dati rilevati dalla contabilità direzionale.

I parametri da utilizzare come base di confronto con i dati rilevati dal sistema di contabilità direzionale sono classificabili in tre tipologie:

- confronto con gli standard, mediante l’utilizzo di parametri di budget;
- confronto temporale, mediante il ricorso a parametri storici;

⁴⁹ Ci si riferisce generalmente a tre tipologie di parametri di confronto: *parametri di budget*, utili per il confronto con gli obiettivi gestionali a tutti i livelli espressi proprio dai vari budget, *parametri storici*, utilizzati per operare un confronto temporale tra i dati, siano essi relativi all’intera azienda o a parte di essa, ed, infine, *parametri spaziali*, basati sul confronto di dati relativi allo stesso periodo temporale ma riferiti a strutture diverse tra loro comparabili (Casati).

- confronto spaziale, con l'utilizzo di parametri spaziali.

Relativamente al confronto con gli standard, l'utilizzo dei parametri di budget si basa sul continuativo confronto tra dati consuntivi della gestione e dati obiettivi di budget.

Il processo di budget provvede a identificare gli obiettivi delle singole unità operative rispetto ai quali si individuano i valori attesi e, eventualmente, il margine di tolleranza consentito. Il sistema di reporting dovrà, in tali situazioni, garantire ai destinatari la possibilità di valutare periodicamente il grado di raggiungimento degli obiettivi al fine di procedere a eventuali azioni di cambiamento della gestione tese a maggiori livelli di efficienza ed efficacia gestionale.

Il confronto temporale, mediante il ricorso a parametri storici, pone a confronto i dati relativi alla realtà osservata in periodi successivi. Esso può essere strutturato in varie maniere: si possono confrontare due periodi consecutivi oppure periodi di tempo analoghi. Infine, il confronto spaziale si basa sul confronto dei dati relativi allo stesso periodo temporale in diverse strutture tra loro compatibili. La validità e l'efficacia del confronto spaziale sono fortemente condizionate dall'effettiva confrontabilità delle realtà esaminate. E', infatti, necessario che le realtà considerate presentino forti elementi di omogeneità perlomeno sotto l'aspetto strutturale (ad es. dimensioni analoghe), funzionale (ad es. casemix confrontabile) e contabile (ad es. utilizzo delle stesse metodologie di rilevazione e calcolo dei costi).

La frequenza dell'informazione si riferisce alla periodicità di distribuzione dei report che varia necessariamente in relazione alla tipologia di reports considerati.

La periodicità dei reports può essere mensile, bimestrale o trimestrale, in relazione alla significatività delle informazioni disponibili rispetto alle frequenze ipotizzate, alle caratteristiche del sistema informativo aziendale.

La prassi, in essere nelle aziende sanitarie del SSN, prevede una periodicità trimestrale della distribuzione dei report, solo in relazione a specifiche esigenze si assiste ad una frequenza superiore.

2.2.3 Infrastruttura tecnico-contabile

Nel descrivere le caratteristiche che dovrebbe possedere un sistema di CdG è stata fatta, come ribadito più volte, una suddivisione "teorica" dei suoi elementi in tre tipi di infrastrutture, finalizzata ad una maggiore chiarezza espositiva.

L'ultima analisi di tale percorso descrittivo riguarda gli elementi del sistema di CdG, relativi all'infrastruttura tecnico-contabile e procede a descrivere gli strumenti di controllo, sia operativo che strategico, utilizzati per la rilevazione delle attività aziendali.

a) La contabilità analitica

Lo studio dell'evoluzione normativa in materia di Sanità ha evidenziato come, inizialmente, l'orientamento nella gestione delle aziende sanitarie pubbliche verso i principi di efficienza, efficacia ed economicità sia stato perseguito (D. Lgs. n° 502/92) attraverso l'obbligo di introduzione di uno strumento fondamentale: la Contabilità Analitica.

Per supportare tutte le fasi del ciclo, infatti, i sistemi di Controllo di gestione non possono fare a meno di dotarsi della contabilità analitica per centri di costo/responsabilità.

Per contabilità analitica si intende un complesso di rilevazioni sistematiche, a periodicità infrannuale, volte alla determinazione di costi, dei ricavi, dei risultati analitici della produzione aziendale e alla formazione del risultato economico di breve periodo.

Da un punto di vista logico, il sistema di contabilità analitica deve essere rappresentato come una matrice a doppia entrata che riporta sulle righe l'elenco dei centri di costo/centri di responsabilità, e sulle colonne gli aggregati dei fattori produttivi, organizzati in base alla natura degli stessi⁵⁰.

La progettazione di un sistema di contabilità analitica richiede la definizione dei seguenti elementi:

- l'oggetto di misurazione è l'elemento gestionale di cui si vuole conoscere il costo;
- il piano dei fattori produttivi è una classificazione delle risorse necessarie per la produzione di prestazioni e servizi: questo viene elaborato partendo dal piano dei conti della contabilità generale e scendendo ad un maggior livello di dettaglio;
- il piano dei centri di costo definito sulla base della struttura delle responsabilità.

Per quanto riguarda specificamente i centri di costo, essi costituiscono le unità di base in cui viene suddivisa l'azienda. Tali unità devono essere determinate con riferimento ad aree omogenee di attività e vengono generalmente classificate in: centri di costo di

⁵⁰ Capasso A., Pascarella G., La gestione dell'azienda sanitaria, Milano, 2005

prestazioni finali, centri di costo di prestazioni intermedie, centri di costo ausiliari, centri di costo generali (o comuni).

I centri di costo di prestazioni finali sono quelli in cui si erogano le prestazioni che contribuiscono direttamente al perseguimento delle finalità dell'organizzazione.

I centri di costo di prestazioni intermedie si riferiscono a quei centri che sviluppano attività sia all'utenza esterna che ai centri di costo di prestazioni finali (ad esempio laboratorio di analisi, radiologia, anatomia patologica, ecc.).

E' evidente, quindi, la necessità di esplicitare le relazioni esistenti tra le voci riportate nel piano dei centri di costo⁵¹.

La contabilità analitica rappresenta il primo passo per l'implementazione di un sistema di CdG, poiché è proprio da esso che scaturiscono gran parte delle informazioni sui costi e sui ricavi (intesi come finanziamenti ottenibili)⁵² dell'azienda sanitaria e proprio questi ultimi, mediante successive rielaborazioni, consentono l'analisi e la valutazione sulle modalità di utilizzo dei fattori produttivi impiegati nella produzione dei servizi.

E' possibile definire un sistema di contabilità analitica come *“un sistema di determinazioni del quale la direzione di un'azienda si avvale per controllare analiticamente e con periodicità infra-annuale i risultati economici della gestione. L'oggetto di detta contabilità è rappresentato quindi dalla determinazione di risultati economici parziali, riferiti a gruppi di processi omogenei, finalizzati alla produzione di risultati significativi e rilevanti in rapporto agli obiettivi dell'azienda”*⁵³.

La contabilità analitica, insieme alla contabilità generale d'esercizio ed al budget, forma quell'insieme di strumenti che può definirsi nel complesso come “contabilità direzionale”.

Bisogna precisare che il sistema contabile delle aziende sanitarie è passato dal modello finanziario⁵⁴, introdotto con la legge 833/78, al modello economico-patrimoniale, previsto dal D. Lgs. 517/93, secondo cui le regioni hanno la possibilità di emanare norme per la

⁵¹ Facchinetti I., Contabilità analitica, Il Sole 24 Ore, Milano 2003.

⁵² L'applicazione di un sistema di contabilità analitica al settore sanitario pubblico è stata prevalentemente focalizzata sulla misurazione dei costi, non accendendo, quasi mai, dei conti relativi ai ricavi. Ciò è dovuto al particolare sistema di acquisizione delle risorse mediante finanziamento pubblico e all'assenza di significatività economica dei prezzi di cessione delle prestazioni agli utenti.

⁵³ Selleri L., Contabilità dei costi e contabilità analitica, ETAS, Milano, 1990.

⁵⁴ I limiti del modello finanziario che hanno spinto maggiormente verso l'adozione di un nuovo sistema contabile (modello economico-patrimoniale) sono:

- esclusiva rilevanza degli aspetti giuridico-formali;
- irrilevanza del controllo consuntivo e affermazione della logica incrementale;
- assoluta inesistenza di effettivi strumenti per il controllo economico della gestione.

gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende sanitarie locali (ASL) e delle aziende ospedaliere (AO).

Il passaggio dal rendiconto finanziario al bilancio di esercizio (articolato in conto economico, stato patrimoniale, nota integrativa, rendiconto finanziario, relazione sulla gestione e relazione del collegio sindacale) non ha tuttavia modificato le caratteristiche fondamentali del sistema di rilevazione contabile adottato dalla contabilità generale, in particolare:

- *oggetto* della contabilità generale sono sempre le operazioni di gestione esterna ed i valori economici complessi (reddito e patrimonio);
- *destinatari* sono sempre soggetti esterni (Regioni, Ministero della Salute, etc.);
- *periodicità* della reportistica è ancora annuale in riferimento ad *informazioni* su valori economici, finanziari e patrimoniali relativi all'esercizio.

E' stata la rilevazione dell'esistenza di un gap conoscitivo sulla gestione dei processi produttivi, sull'utilizzo delle risorse e, più in generale, su tutte le operazioni di gestione interna, che ha reso necessaria (oltre che obbligatoria secondo il D. Lgs. 502/92) l'introduzione della contabilità analitica, quale strumento di rilevazione contabile finalizzato a:

- razionalizzare il processo decisionale (programmato e non incrementale);
- controllare i livelli di efficienza, efficacia ed economicità della gestione;
- responsabilizzare i dirigenti delle unità operative;
- confrontare i dati di costo nel tempo e nello spazio (*benchmarking*);
- esprimere una valutazione del management;
- effettuare scelte di *make or buy*;
- determinare i prezzi di vendita delle prestazioni ed i prezzi di trasferimento interni.

In realtà, la contabilità analitica, una volta definito il flusso alimentante e lo schema di riconciliazione tra i due sistemi, viene alimentata principalmente proprio attraverso la contabilità generale con i relativi sottosistemi contabili:

- SDO/DRG (Scheda dimissione ospedaliera/Diagnosis Related Group) per le attività di ricovero;
- CUP/Accettazione (Centro unico prenotazione) per le prestazioni ambulatoriali;
- gestione deliberazioni nelle varie fasi di formazione;
- gestione gare nelle varie fasi;
- rilevazione situazione debitoria;
- gestione magazzino;

- gestione casse economali;
- cespiti;
- rilevazione progetti;
- gestione risorse umane;
- tesoreria.

Come accennato in precedenza, il contenuto informativo principale a supporto di ogni processo decisionale, sia strategico che operativo, viene fornito dalla contabilità analitica proprio attraverso la sua capacità di elaborare e definire un piano dei centri di costo, e di calcolare, disponendo del piano dei fattori produttivi, il costo dell'oggetto di misurazione (prestazione, paziente, percorso diagnostico terapeutico, ecc.).

Per la definizione del piano dei centri di costo bisogna partire dal concetto stesso di *centro di costo*, inteso come “costruzione contabile tramite la quale raccogliere, con riferimento ad aggregati di operazioni elementari o di operazioni complesse svolte in unità organizzative individuate o individuabili, i costi dei fattori produttivi impiegati”.⁵⁵

Per l'individuazione dei centri di costo bisogna seguire un percorso logico schematizzabile in questo modo:

- 1) in primo luogo bisogna tener conto dell'*aderenza alla struttura organizzativa* individuando così, come centri di costo, i centri in cui vi è una reale distribuzione di responsabilità ed autonomia decisionale in grado di influenzare la dinamica dei costi del centro stesso;
- 2) in secondo luogo si sfrutta il criterio della *omogeneità delle attività svolte*⁵⁶ ;
- 3) l'ultimo criterio adottato per l'individuazione dei centri di costo prende in considerazione le *prestazioni rilevanti o progetti specifici di intervento*, ossia quei fenomeni dotati di particolare significatività al punto di accendere un centro di costo ad hoc.

Si evince, quindi, che il piano dei centri di costo non è strutturato limitandolo alle sole unità individuate come CdR, ma si spinge al livello di dettaglio ritenuto significativo per una corretta e, soprattutto, oggettiva allocazione dei costi di produzione.

⁵⁵ Zangrandi A., Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali, Ediz. Giuffrè, Milano, 1988.

⁵⁶ Generalmente due attività possono considerarsi omogenee se richiedono professionalità e tecnologie affini, soddisfano bisogni della stessa natura o nella stessa area geografica e, infine, se sono destinati alle stesse categorie di utenti.

Seguito l'iter descritto per l'individuazione dei centri di costo, è possibile operare un'ulteriore classificazione sulla base dell'attività svolta nei centri di costo stessi, ottenendo⁵⁷:

- *centri di costo di supporto*: spesso detti anche centri di costo comuni o funzionali (cucina, lavanderia, servizio personale, ecc.);
- *centri di costo intermed*⁵⁸: detti anche ausiliari, erogano prestazioni a favore dei centri finali (laboratorio di analisi, radiologia, ecc.);
- *centri di costo finale*: erogano le prestazioni sanitarie (medicina generale, chirurgia, ecc.).

Prima di concludere il paragrafo esponendo le modalità di imputazione dei costi ai centri di costo finale, è opportuno precisare che la costruzione del piano dei centri di costo è un'operazione molto delicata, su cui si basa tutto il sistema di contabilità analitica.

Inoltre bisogna sottolineare come non esistano procedure standard o universali da seguire, bensì sono le esigenze e le peculiarità delle realtà organizzative a fornire le indicazioni per individuare i centri di costo⁵⁹, trovando di volta in volta il giusto compromesso tra specializzazione (pochi centri di costo, poche informazioni e costi ridotti) e analiticità (molti centri di costo, molte informazioni ma costi eccessivi).

Infine, per descrivere le modalità di funzionamento del processo di attribuzione dei costi ai vari centri, è necessario definire la configurazione di costo che si vuole determinare al livello dei centri finali, ossia la tipologia di costi⁶⁰ che si decide di imputare, scegliendo, a seconda del grado di oggettività che si vuol mantenere nell'allocazione, tra:

- direct costing⁶¹: permette di pervenire alla determinazione del costo variabile complessivo di prodotto/servizio attribuendo ai centri di costo soltanto i costi di cui sono direttamente responsabili, mantenendo un alto grado di oggettività nell'imputazione ed effettuando un solo ribaltamento tra centri intermedi e finali (generalmente utilizzando i prezzi di trasferimento). Il direct costing è orientato alle scelte di breve periodo ed è poco utilizzato in presenza di elevati livelli di costi fissi (amministrazioni pubbliche);

⁵⁷ Cfr. Casati, cit.

⁵⁸ Alcuni autori individuano anche un'altra tipologia di centri di costo detti centri di costo misti perché erogano prestazioni sia intermedie che finali (laboratorio ecografico, etc.).

⁵⁹ I centri di costo, come già specificato, possono non coincidere con i CdR spingendosi ad un livello maggiore di dettaglio, ma dovranno comunque affluire ad un CdR.

⁶⁰ Per tipologie di costo si intendono quelle relative alle principali classificazioni di costo effettuate in letteratura: costi fissi e variabili, costi diretti e indiretti, costi speciali e generali, costi evitabili e non evitabili, costi preventivi e consuntivi, costi controllabili e non, etc.

⁶¹ Tra le due modalità considerate ve ne sono altre (direct costing evoluto e direct costing evoluto e rettificato) che rappresentano soluzioni ibride, in cui ai prodotti vengono attribuiti anche i costi delle risorse indirette specifiche (Cfr. Azzone, cit.).

- full costing: permette di pervenire alla formulazione del costo pieno del prodotto/servizio mediante l'attribuzione ai centri di costo sia dei costi diretti che di quelli indiretti (o di parte di essi), utilizzando un sistema di imputazione a cascata: dai centri di supporto ai centri intermedi mediante basi di riparto (unitarie o multiple) e dai centri intermedi a quelli finali utilizzando i prezzi di trasferimento. Tale sistema, se da un lato sacrifica l'oggettività nell'imputazione dei costi indiretti (manca una relazione di causa-effetto tra l'attività svolta dal centro di costo e l'andamento dei costi nel centro di supporto) e necessita di costi di implementazione maggiori, dall'altro offre il vantaggio di controllare le attività indirette.

b) La contabilità dei costi per prestazione

Con l'introduzione del sistema di finanziamento basato su tariffe prestabilite (DRG) per le singole prestazioni erogate, l'interesse informativo sui costi, volto al contenimento dei costi stessi, si è spostato dal costo per struttura (sia essa un dipartimento o un centro di costo) al costo per prestazione (o per commessa⁶²).

Scopo di tale contabilità è quello di ricondurre direttamente alla singola prestazione l'utilizzo dei fattori produttivi (farmaci e lavoro diretto), nonché costruire, in riferimento ai costi indiretti, un sistema di coefficienti di imputazione calcolato in rapporto ad una base di ripartizione oggettivamente attribuibile alla prestazione stessa.

Per arrivare alla determinazione del costo per prestazione è possibile scegliere come percorso per l'allocazione dei costi il protocollo diagnostico-terapeutico, individuando in sequenza i costi relativi a ciascuna fase operativa.

Una volta attribuiti i costi relativi alla specificità della patologia, bisogna allocare alla prestazione una serie di costi, indipendenti dalla specificità della patologia, ma che vanno comunque ad incidervi, tra cui⁶³:

- costi di degenza:
 - tempo-lavoro del personale infermieristico per la cura personale del paziente e per l'erogazione dei pasti;
 - costi relativi alla produzione dei pasti ed ai servizi di lavanderia;
 - etc.

⁶² Con il termine "commessa" si vuol indicare una singola prestazione, un progetto specifico o un caso particolare individuabile all'interno dell'azienda ospedaliera.

⁶³ Cascioli S., Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie. Contabilità, budget e programmazione, Ediz. F. Angeli, Milano, 2003.

▪ costi generali indiretti:

- materiale economale;
- spese varie di tipo amministrativo;
- utenze;
- ammortamenti;
- etc.

Dopo aver individuato e valorizzato economicamente tutte le voci di costo, è possibile effettuare i confronti con i ricavi definiti dalle tariffe per DRG e trarre le conclusioni sulla convenienza o meno della singola prestazione.

In definitiva, la contabilità dei costi per prestazione:

- porta in sé delle problematiche relative all'allocazione dei costi comuni e dei costi generali;
- per l'elevata incidenza dei costi fissi nelle organizzazioni sanitarie, il costo per prestazione ha scarse possibilità di essere impiegato per supportare scelte di breve periodo o ai fini di controllo;
- il suo migliore impiego, avendo a disposizione un miglior sistema di rilevazione dei costi, è senza dubbio l'utilizzo ai fini conoscitivi e quindi come stimolo, nei confronti con altre aziende sanitarie, verso l'adozione di strumenti e tecniche tese all'ottenimento di una maggiore efficienza.

Nel paragrafo successivo si procede ad analizzare un altro sistema contabile, l'Activity Based Costing (ABC), che attraverso la ricostruzione analitica del processo produttivo, giunge alla determinazione del costo pieno per prestazione.

c) L'Activity Based Costing

L'Activity Based Costing (ABC) è un metodo recente e ancora poco diffuso, ma in via di sviluppo per le potenzialità informative che lascia intravedere. Con il metodo dell'ABC il management può disporre di informazioni per raggiungere una molteplicità di scopi:

- formulare secondo criteri di convenienza economica una pluralità di decisioni aventi ad oggetto i servizi resi;
- controllare l'economicità dei servizi erogati e intraprendere eventuali azioni di miglioramento idonee a migliorarne l'erogazione;
- programmare secondo criteri più razionali i fabbisogni di risorse ed i corrispondenti costi facilitando, in tal modo, la pianificazione, la programmazione e il budgeting.

L'Activity Based Costing, inoltre, è uno dei principali strumenti contabili di quel nuovo modo di concepire il controllo di gestione, che negli ultimi anni si sta facendo strada con forza per rimuovere le cause di obsolescenza dei sistemi tradizionali.

La tecnica dell'Activity Based Costing si propone di determinare il costo di prodotto o di servizio, partendo dal presupposto che i prodotti/servizi richiedono lo svolgimento di particolari attività, operative e non, e le stesse richiedono l'impiego di risorse. Gli assunti sottostanti tale tecnica possono essere così sintetizzati:

- i prodotti e i servizi di un'organizzazione richiedono l'esecuzione di attività e queste attività di conseguenza generano costi;
- i costi indiretti sono attribuiti alle attività che si sono rese necessarie per la realizzazione degli stessi;
- i costi delle attività sono poi assegnati ai prodotti/servizi che ne hanno richiesto lo svolgimento.

E' chiaro che tale metodologia fa perno sul concetto di attività che può essere definita come un aggregato di operazioni elementari tecnicamente omogenee. In particolare, ai fini della contabilità dei costi il concetto di attività utile è caratterizzato dal fatto che:

- le singole attività richieste per la realizzazione di un prodotto vanno identificate ad un livello elevato di disaggregazione, se si vuole che l'imputazione dei costi ai prodotti avvenga in maniera attendibile;
- le attività in questione difficilmente coincidono con i centri della contabilità tradizionale e quindi con la struttura organizzativa.

In linea generale, è possibile affermare che i benefici attribuibili a sistemi contabili basati sulle attività sono essenzialmente riconducibili a tre categorie:

- migliorano l'accuratezza dei costi di prodotto;
- aiutano il management a comprendere meglio la natura dei costi indiretti;
- supportano il management per il miglioramento di determinati target area attraverso tecniche di benchmarking.

L'ABC migliora l'accuratezza dei costi di prodotto in diverso modo. Innanzitutto perché solitamente aumenta il numero di cost pool utilizzati per accumulare i costi indiretti: infatti, piuttosto che accumulare i costi indiretti in un singolo pool oppure in pochi centri di costo, l'azienda accumula i costi con riferimento a ciascuna attività principale.

In secondo luogo, gli activity cost pool risultano essere più omogenei dei centri di costo.

Difatti, almeno in linea di principio, tutti i costi raggruppati nell'activity pool attengono alla stessa attività, mentre spesso i centri di costo aggregano i costi di numerose attività differenti eseguite negli stessi. In terzo luogo, la contabilità dei costi basata sulle attività assegna i costi indiretti sulla base delle attività che li hanno causati.

Infine l'ABC può essere utilizzato come parte di un programma di miglioramento delle operazioni complessive di un'organizzazione. Può, infatti, fornire importanti indicazioni concernenti quelle attività che potrebbero trarre maggior vantaggio dal total quality management, da processi di reengineering e da altre iniziative di miglioramento. A tal riguardo, si ritiene⁶⁴ che l'applicazione di sistemi di ABC nelle aziende sanitarie possa apportare rilevanti benefici in termini di:

- analisi delle attività interne;
- comprensione del legame esistente tra consumo di risorse e costi sostenuti;
- individuazione delle attività a valore aggiunto e non;
- razionalizzazione del processo produttivo;
- facilitazione del processo decisionale;
- valida individuazione dei risultati parziali.

In ultimo il sistema di ABC permette di determinare, in modo più accurato i risultati parziali ottenuti dai centri ed in particolar modo di quelli finali.

Premesso che la letteratura non evidenzia alcun svantaggio nell'introduzione della metodologia in oggetto, le difficoltà riscontrabili ed i limiti, peraltro di carattere generale, sono essenzialmente riconducibili alla eccessiva complessità del sistema ed all'incapacità di realizzare imputazioni oggettive per taluni costi. Si rileva, altresì, che se da un lato nel settore sanitario non esiste una logica trainante di mercato, né tanto meno una correlazione diretta tra incremento delle prestazioni e risorse finanziarie oltre all'impossibilità di eliminare la capacità produttiva inutilizzata, dall'altro il settore sanitario è comunque competitivo, non fosse altro per la libera scelta del paziente e della struttura erogatrice e del medico curante⁶⁵.

Rispetto ai tradizionali sistemi di cost accounting i sistemi ABC procedono ad una più attenta ripartizione dei costi indiretti distinguendoli tra quelli sostenuti nello svolgimento di:

⁶⁴ Regione Campania, Decreto Commissariale n.14/10, Supporto all'implementazione di procedure contabili e gestionali - Linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità, pp.43 e ss.

⁶⁵ Copello F., Economia sanitaria e controllo di gestione, Roma, 2004.

- attività produttive (ad es. ammortamento macchinari);
- attività ausiliarie o servizi di supporto (ad es. gestione delle scorte);
- attività di direzione e di gestione generale;
- attività commerciali e amministrative.

Una volta individuati, i costi indiretti sono accumulati in activity cost pool, attraverso i resource driver, parametri di relazione tra attività svolte e fattori impiegati (ad es. mq. di superficie) e, quindi, attribuiti ai prodotti attraverso i cost driver che misurano la frequenza e l'intensità di impiego di un'attività da parte di un oggetto di costo e possono rappresentare l'output dell'attività. Ad esempio, rispetto al prodotto, il numero di ordini può costituire il cost driver per l'attività di approvvigionamento.

Relativamente alle aziende sanitarie è doveroso sottolineare che il modello organizzativo fortemente divisionalizzato, la carenza di strumenti informatici diffusi nell'organizzazione e la relativa immaturità dei sistemi di rilevazione contabile attualmente esistenti rendono attualmente complesso il passaggio dal sistema di contabilità analitica per centri di costo a quello basato sulle attività.

CAPITOLO 3

II CASO AZIENDALE: LA CARTA D'IDENTITÀ DELL'AOU FEDERICO II

La progettazione stessa di un Sistema di Controllo di Gestione non può prescindere da un'analisi dell'esistente, dell'attuale stato dell'AOU "Federico II", sia in termini di struttura che di organizzazione. Chiarire il contesto, le attività, responsabilità e ruoli, processi di relazione ed integrazione fra le diverse unità, le infrastrutture informatiche è il primo decisivo passo per una corretta implementazione della Contabilità Analitica.

La progettazione di una contabilità analitica entra nel merito di molte questioni: dalla definizione dei livelli gerarchici nell'architettura aziendale, alle tipologie di costo (costi diretti, indiretti di produzione, costi aziendali), ai criteri di ribaltamento di costi indiretti e comuni a più centri, alla determinazione del livello di dettaglio dei fattori produttivi.

3.1 Le Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU)

Le Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) o ospedali di insegnamento, sono una particolare classe di aziende ospedaliere.

La principale peculiarità è relativa alle diverse finalità che contemporaneamente vengono perseguite all'interno di un'AOU: infatti all'assistenza sanitaria si integrano l'attività formativa degli studenti, degli specializzandi e del personale laureato, e l'attività di ricerca scientifica, entrambe orientate al miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute, alla crescita qualitativa dei processi assistenziali ed allo sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa del SSN.

Le AOU, per rispondere alle esigenze legate all'erogazione di prestazioni sanitarie, possono essere organizzate in "DAS" (Dipartimenti Assistenziali) o in DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata), assimilabili a centri di responsabilità o di costo.

I dipartimenti aziendali (DAI o DAS) sono individuati sulla base dei seguenti indirizzi:

a) possono essere organizzati secondo le seguenti tipologie:

- per aree funzionali ospedaliere;
- per particolari finalità assistenziali;
- per gruppi di patologie, di organi e di apparati;

b) sono costituiti attraverso l'aggregazione funzionale di almeno tre strutture complesse, salvo particolari e specifiche esigenze assistenziali e didattico-scientifiche, e sono attivati sulla base di uno specifico obiettivo assistenziale;

Conseguenza diretta dello svolgimento integrato delle diverse attività (assistenza, didattica e ricerca) sono una serie di problematiche legate sia a fattori logistici e temporali (utilizzo di strutture, macchinari e altre risorse comuni) sia alla gestione dei costi, data l'elevata e frequente presenza di risorse comuni.

Da un punto di vista normativo, è con il D.Lgs. 502/92 (e successive modifiche) che i rapporti tra SSN ed Università, in particolare per quel che concerne la definizione delle attività da svolgere sul territorio regionale, vengono chiariti, attraverso la sottoscrizione di "protocolli d'intesa" da parte delle Regioni e delle Università stesse, finalizzati inoltre a definire progetti condivisi, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale.

E', invece, al D.Lgs. 517 del 21 dicembre 1999 "Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell'art. 6 della legge del 30 novembre 1998, n. 419" che si deve l'introduzione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, come espressione della collaborazione fra SSN ed Università, dotate di autonomia organizzativa, gestionale, amministrativa, finanziaria, patrimoniale e contabile.

Al sostegno economico-finanziario per le attività svolte dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università sia dalla Regione (Fondo Sanitario Regionale), in termini di:

- corrispettivo delle prestazioni prodotte, secondo i criteri di finanziamento dell'assistenza ospedaliera stabiliti dalla Regione (sistema di remunerazione DRG);
- altri finanziamenti per l'attuazione di programmi di rilevante interesse regionale, definiti di comune accordo tra Regione ed Università.

Per quel che riguarda l'implementazione di strumenti per il controllo interno, nell'ambito della sua autonomia, l'AOU si deve dotare di strumenti adeguati per verificare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, mettendo in atto se necessario tempestivi interventi correttivi. Quanto descritto rientra nelle logiche dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione, orientati al contenimento della spesa ed alla razionalizzazione delle risorse, nei limiti del rispetto dei prefissati standard qualitativi del servizio offerto.

3.2.1 L'organizzazione interna dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II

Il modello organizzativo di riferimento per l'AOU "Federico II" è quello dipartimentale.

Nella realtà ospedaliero-universitaria dell'AOU Federico II, con il nuovo atto aziendale in corso di approvazione, è stato proposto come nuovo modello dipartimentale il "DAI" (Dipartimento ad Attività Integrata) quale evoluzione dell'attuale "DAS" (Dipartimento Assistenziale) – il cui elenco dettagliato nel numero e nella tipologia delle aree funzionali e settori attivati è individuato nell'allegato 1 - in cui è assicurato l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca attraverso una composizione coerente tra attività assistenziali e settori scientifico-disciplinari.

L'AOU "Federico II" costituisce il maggiore e più articolato presidio clinico universitario del Mezzogiorno, risultando una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione del territorio nazionale.

Inoltre, essa è sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia, di varie Scuole di Specializzazione medico-chirurgiche, di Corsi di laurea breve per personale non medico, di Corsi di Perfezionamento, oltre che di Diplomi Universitari.

Per quanto concerne le attività relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie, le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso i ricoveri ordinari a ciclo continuo, i ricoveri in regime di day-hospital e di day-surgery e le attività ambulatoriali, in numerose branche dell'attività medico-chirurgica e odontostomatologica, ed in linea con la funzione di tipo ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione riconosciuta alla struttura.

L'AOU "Federico II" è dotata, inoltre, di un Servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico ed attua, pertanto, ricoveri per emergenze o urgenze esclusivamente in ambito ostetrico-ginecologico.

Volendo riassumere le prestazioni assistenziali ed i servizi erogati dall'AOU "Federico II" in categorie, è possibile individuare:

- assistenza medica, infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica e riabilitativa, necessaria per risolvere i problemi di salute del paziente degente, compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica e scientifica delle singole strutture;
- interventi di soccorso per i pazienti d'interesse ostetrico-ginecologico in situazioni di urgenza ed emergenza medica, afferenti al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico;
- prestazioni di Day-Hospital;
- prestazioni di Day-Surgery;

- prestazioni ambulatoriali;
- analisi di laboratorio.

Il processo di ristrutturazione organizzativa attuato dall'AOU "Federico II", in conformità con quanto previsto dal D. Lgs. 517/99, prospettante uno snellimento dell'organizzazione mediante l'aggregazione degli attuali DAS e DU (Dipartimenti Universitari), in circa venti DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata), permetterà una volta implementata nella AOU, di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, e di garantire all'utente:

- 1) la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali;
- 2) un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- 3) il livello più elevato di appropriatezza e tempestività delle cure, anche mediante l'integrazione con i processi di didattica e ricerca.

3.2.2 Le finalità istituzionali

L'Azienda, come enunciato nel Piano Organizzativo e di Funzionamento Aziendale (POFA), riconosce come propria missione il perseguimento congiunto di obiettivi di didattica, ricerca e assistenza, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con l'Università e la Facoltà di Medicina e Chirurgia. La natura istituzionale dell'Azienda sta nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla vita della Facoltà di Medicina. Attraverso l'attività di assistenza e in condizioni di autonomia essa ha, quindi, come sua finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica e di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università. Inoltre, l'Azienda:

- ha scelto la concertazione come metodo di lavoro fra i vari organi dell'Azienda e fra l'Azienda e la Facoltà di Medicina con sviluppo di attività integrate tra didattica ed assistenza;
- partecipa all'attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale tramite l'elaborazione degli atti di programmazione di propria competenza e la loro successiva traduzione in azioni concrete;
- concorre quotidianamente alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Campania, missione definita come tutela globale della salute nel

quadro delle risorse a tale fine destinate dalla collettività. In tale contesto l'insieme delle risorse aziendali agisce come parte integrante del Servizio Sanitario Regionale.

Così come emerge dalla missione istituzionale, l'identità dell'AOU "Federico II" è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università e la Regione Campania. L'agire dell'Azienda è caratterizzato dalle seguenti dinamiche.

- Il mix di attività di ricerca didattica ed assistenza consente all'azienda di collocarsi come polo di offerta nazionale ad altissima specialità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità. A tale scopo sono stati identificati i Centri di Riferimento Regionale: essi rappresentano delle strutture di offerta ad altissima specialità che fungono da "riferimento" all'interno della rete di offerta regionale.
- La necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti in medicina, degli specializzandi, dei frequentanti i corsi di laurea delle professioni sanitarie.
- La necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni primari della popolazione della provincia di Napoli e dell'intera regione. Per orientare l'utenza sono stati predisposti strumenti di comunicazione e marketing che possano informare l'utenza rispetto alle prestazioni erogabili dall'Azienda. Tra di essi si segnala la Carta dei servizi.

3.2.3 I portatori d'interesse e le loro aspettative

Per l'identificazione degli obiettivi di natura strategica dell'AOU occorre, in primo luogo, individuare i sistemi di interesse rispetto ai quali operano i diversi interlocutori (stakeholder/portatori di interesse). La complessità organizzativa e gestionale tipica delle AOUs rispetto a quella delle tradizionali AO è rappresentata dal numero elevato e dalla varietà dei portatori di interesse. I sistemi di interesse rappresentano, infatti, il variegato mix di attese che i diversi interlocutori portano e che l'AOU, con attività diversificate (didattica, ricerca ed assistenza) e differenziate (le diverse linee di ricerca scientifica, il portafoglio servizi assistenziali, ecc.) è chiamata a contemperare e soddisfare. I sistemi sono tra di loro interconnessi e richiedono la definizione di assetti organizzativi e di sistemi

di gestione assai differenti; da qui la necessità di contemperamento dei vincoli al pieno soddisfacimento delle attese⁶⁶.

Le attese sullo sviluppo socio economico rappresentano il sistema di riferimento per i bisogni collegati alle scelte pubbliche sulla copertura assistenziale, sui livelli di assistenza minimi e sulla sopravvivenza economico del sistema regionale; il principale portatore di tale interesse è rappresentato dalla Regione Campania.

Le attese sullo sviluppo delle conoscenze scientifiche costituiscono il sistema proprio della ricerca, dell'innovazione e della didattica che qualificano il tessuto professionale all'interno della quale opera l'AOU; il principale stakeholder è rappresentato dall'Università Federico II e nello specifico dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Le attese sulla erogazione dei servizi sanitari rappresentano le condizioni di qualità delle performance clinico assistenziali, della fruibilità ed accessibilità alle strutture, dell'integrazione tra ambiti assistenziali, ecc. Tale sistema di attese trova nei cittadini gli stakeholder principali.

Le attese sulle condizioni sociali e di lavoro di tutti coloro che operano nell'AOU Federico II inclusa la percezione che l'opinione pubblica ha nei confronti della azienda stessa; il principale stakeholder è quindi rappresentato dai dipendenti.

Le attese sulla semplificazione dei processi amministrativi volti a regolare i rapporti con i fornitori, fermo restando i vincoli di legalità e trasparenza a cui una qualsiasi azienda sanitaria pubblica deve attenersi; il principale stakeholder è quindi rappresentato dai fornitori.

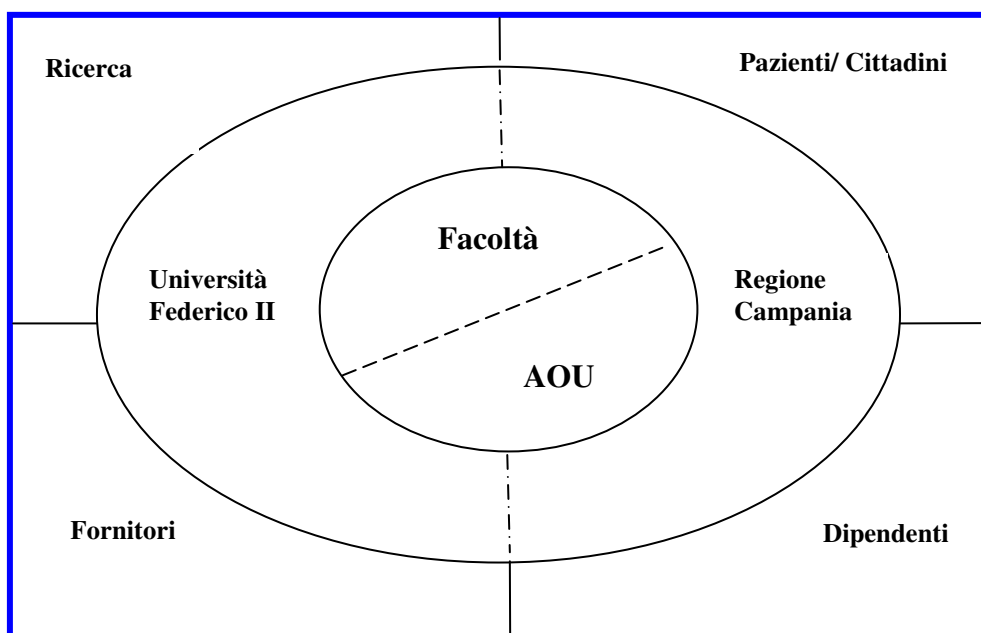
La figura 3 presenta le relazioni tra l'AOU Federico II e la Facoltà di Medicina e Chirurgia e tra queste e i principali portatori di interesse. Nella rappresentazione grafica i detentori degli interessi diretti più forti sono posizionati vicino all'AOU Federico II (Regione Campania e Università Federico II), gli altri sono posizionati a distanza crescente all'attenuarsi della forza delle aspettative. Il contemperamento delle diverse attese da parte dei portatori di interesse genera un sistema complesso di vincoli e opportunità all'interno del quale l'AOU Federico II deve individuare le tendenze più rilevanti che si riflettono con maggior forza sul funzionamento e sullo sviluppo dell'azienda stessa e deve, quindi, operare delle scelte al fine di raggiungere i propri fini istituzionali⁶⁷.

⁶⁶ Lega F., Gruppi e reti aziendali in sanità, Milano, 2002

Lega F., Strategie di rete per i sistemi multispedalieri: analisi e valutazione, in Economia & Management, 2, 2001

⁶⁷ Zollo G. e altri, Proposta del Piano dei Report del Sistema di Controllo di Gestione dell'AOU Federico II, DIEG Facoltà d'Ingegneria Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, 2006.

Figura 3 - Le relazioni tra la Facoltà, AOU e i principali portatori di interesse



Per la definizione della propria strategia, l'AOU Federico II fa dipendere le sue decisioni da due fattori di analisi da cui non può prescindere:

- il primo deriva dall'interazione dei vari stakeholder;
- il secondo deriva dal confronto con aziende istituzionalmente omogenee rispetto alla triplice finalità dell'assistenza, della ricerca e della didattica, alle dimensioni (ad es. dotazione posti letto, unità di personale su posto letto) e alla tipologia dell'attività assistenziale (ad es. quantificazione attività chirurgiche rispetto a quelle mediche, peso medio per DRG ecc.).

Si è pertanto proceduto ad identificare, per l'AOU Federico II, il sistema dei vincoli prioritari e delle relative opportunità legato ai diversi portatori di interesse.

Tabella 3 - Vincoli e opportunità per ciascun portatore di interesse

Portatore d'interesse principale	Vincolo Prioritari	Opportunità prioritarie
Facoltà medicina e chirurgia – Università Federico II	-Tempo parziale dedicato all'attività di assistenza; -Organizzazione dipartimentale centrata su ricerca e di didattica	- Trasferimento di nuove conoscenze dall'ambito della ricerca scientifica a quello dell'assistenza (integrazione tra didattica, ricerca e assistenza).
Regione	- Piano di Rientro dal deficit	-Riconoscimento dell'AOU Federico II come punto di eccellenza assistenziale,

Campania	<ul style="list-style-type: none"> - Tetto di finanziamento; - Adozione di metodi più aggiornati di diagnosi e cura - gestione centralizzata procedure approvvigionamento 	<p>ovvero di Centro di riferimento regionale attraverso la valorizzazione superiore del 25% delle tariffe (comma 3, art. 10 del protocollo d'intesa Regione-Università);</p> <ul style="list-style-type: none"> - finanziamenti per funzioni per programmi di ricerca biomedica ed innovazione assistenziale ed organizzativa; -acquisti centralizzati di beni e servizi;
Pazienti/cittadini	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento di tutte le tipologie di prestazioni:. 	<ul style="list-style-type: none"> - Riconoscimento da parte della collettività di un ruolo chiave nell'ambito del territorio regionale. - Creazione di sinergie con altre strutture erogatrici di prestazioni sanitarie volte a soddisfare la domanda di servizi (es. accordi con AO, ASL e Case di cura private accreditate)
Fornitori	<ul style="list-style-type: none"> - Numero limitato di fornitori. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accordi interaziendali per acquisti unificati in modo da poter conseguire un maggior potere negoziale nei confronti dei fornitori.
Dipendenti	<ul style="list-style-type: none"> - Obbligo di mantenimento dei rapporti di lavoro - Blocco turn over - Contenimento lavoro straordinario e prestazioni accessorie - Limitazione incarichi struttura 	<ul style="list-style-type: none"> - Razionalizzazione e ottimizzazione delle RU in base alle esigenze organizzative e gestionali dell'AOU

L'AOU, in ragione del sistema di interessi che contempera, si trova, quindi, a dover intercettare e perseguire un equilibrio economico finanziario rispetto ad una area di attività, quella assistenziale, che è strettamente collegata alle attese di governo regionali, ed è intrinsecamente funzionale alle attività di ricerca e didattica. Tale equilibrio può essere conseguito gestendo l'attività di assistenza all'interno di un sistema di coerenze tra il trend dei costi aziendali e le logiche di finanziamento dell'AOU Federico II, come previsto dall'atto Aziendale. La valutazione della struttura dei costi e dei ricavi aziendali deve essere ponderata rispetto ad alcune informazioni che individuano il "potenziale assistenziale" (ovvero le risorse a disposizione dell'AOU per l'erogazione di assistenza) e la "capacità erogativa assistenziale" (ovvero quanto l'AOU eroga in termini di attività di

assistenza). Tali informazioni sono la dotazione strutturale ed il suo relativo trend dei costi, l'attività erogata e la sua valorizzazione.

3.3 Gli obiettivi assistenziali

In linea con le esigenze espresse dalla programmazione comunitaria⁶⁸ e nazionale, oltre che regionale, anche in relazione agli stringenti vincoli del Piano di rientro dal deficit sanitario, è stata prevista dall'Azienda una programmazione che, tenendo conto degli obiettivi di interesse regionale, ha previsto, per il triennio 2009-2011, un'articolazione degli obiettivi in termini di efficienza, efficacia e qualità per area assistenziale dipartimentale, come indicato di seguito nella tabella 4.

Tale programmazione strategica finalizza l'azione aziendale al perseguimento di obiettivi preminenti, quali:

- sviluppare una più articolata integrazione dell'attività assistenziale dell'Azienda AOU Federico II con i bisogni assistenziali del territorio e della Regione (per tale obiettivo, nel seguito della trattazione, si avrà modo di delineare dettagliatamente le azioni pianificate per conseguirlo);
- contribuire al contenimento della mobilità passiva regionale dei cittadini campani, non compensato da un corrispondente fenomeno di mobilità attiva, che determina un significativo indebitamento della Regione Campania nei confronti delle altre regioni e contribuisce a rendere più critica la situazione economica della sanità nella nostra Regione. Si evidenzia che tale fenomeno si verifica anche per patologie nelle quali l'AOU Federico II costituisce un riferimento di eccellenza nazionale e, pertanto, potrebbe, con una opportuna programmazione, contribuire ad un importante contenimento del fenomeno. Investendo appropriatamente nel miglioramento dell'accoglienza e della informazione e nella comunicazione dei risultati soprattutto ai medici di base, potrebbe essere intercettata un'ampia quota dei pazienti che attualmente, per una consolidata tendenza, sostenuta principalmente da luoghi comuni e dalla scarsa informazione, si recano fuori regione per la cura di malattie che, con uguali risultati ma con molto minore disagio, potrebbero trattare nella nostra stessa regione⁶⁹.

⁶⁸ Commissione delle Comunità Europee (2007), Libro Bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013", Bruxelles.

⁶⁹ G. Favretto, Il cliente nella sanità, Franco Angeli, Italia 2002.

G. Favretto, Organizzare la soddisfazione in sanità, Franco Angeli, Italia 2007.

Tabella 4 - Obiettivi generali

N.B. Gli obiettivi di seguito riportati devono essere raggiunti con una invarianza dei costi del personale rispetto all'anno 2009.

OBIETTIVI GENERALI PER DIPARTIMENTI/SEZIONI DI MEDICINA								
N.	Tipologia obiettivo	Macro obiettivo	Elementi da monitorare	Indicatore	Modalità di rilevazione dati	Resp. rilevazione	Valore Obiettivo 2010	Valore Obiettivo 2011
1	Efficienza	Potenziamento dei flussi informativi	Tempistica flussi SDO	Giorni di ritardo nella validazione SDO e nella registrazione informatica della dimissione del paziente	SDO	Direzione Sanitaria	Validazione entro 30 gg dalla dimissione del paziente e registrazione informatica della dimissione del paziente entro le 24 ore lavorative.	Validazione entro 30 gg dalla dimissione del paziente e registrazione informatica della dimissione del paziente entro le 24 ore lavorative.
2	Efficienza	Rilevazione e registrazione delle consulenze erogate ad altre UO	Registro consulenze a favore di altre UO	Corretta compilazione registro	Analisi registro ed ispezioni	Direzione Sanitaria	Corretta e completa compilazione del registro per aree funzionali	Corretta e completa compilazione del registro per aree funzionali
3	Efficienza	Riduzione del ricorso al ricovero ordinario per i 43+14 DRG a rischio inappropriatezza	% ricoveri ordinari per i DRG a rischio inappropriatezza	% ricoveri ordinari per i DRG a rischio di inappropriatezza	SDO	Direzione Sanitaria	Non superiore al 30%	Non superiore al 30%. Del restante 70% a regime alternativo dovrà essere, almeno il 30%, dovrà essere erogato in regime ambulatoriale
4	Efficienza	Riduzione dei ricoveri acuti ordinari inferiori ad 1 gg	% dei ricoveri acuti ordinari inferiori ad 1 gg	% dei ricoveri acuti ordinari inferiori ad 1 gg anno 2010 (2011) / % dei ricoveri ordinari inferiori ad 1 gg anno 2008	SDO	Direzione Sanitaria	Riduzione del 60%	Riduzione del 70%
5	Efficienza	Riduzione del ricorso al DH per i DRG di un solo accesso di tipo medico ritenuti inappropriati	% DRG di un solo accesso di tipo medico ritenuti inappropriati erogati in DH	% DRG di un solo accesso di tipo medico ritenuti inappropriati erogati in DH	SDO	Direzione Sanitaria	Non superiore al 50%	Non superiore al 50%
6	Qualità	Qualità della compilazione SDO	Numero medio di diagnosi e procedure per schede	Numero di diagnosi e procedure sul totale delle schede	SDO	Direzione Sanitaria	Media > 2	Media > 2

OBIETTIVI GENERALI PER DIPARTIMENTI/SEZIONI DI CHIRURGIA								
N	Tipologia obiettivo	Macro obiettivo	Elementi da monitorare	Indicatore	Modalità di rilevazione dati	Responsabile rilevazione	Valore Obiettivo 2010	Valore obiettivo 2010
1	Efficienza	Potenziamento dei flussi informativi	Tempistica flussi SDO	Giorni di ritardo nella validazione SDO e nella registrazione informatica della dimissione del paziente	SDO	Direzione Sanitaria	Validazione entro 30 gg dalla dimissione del paziente e registrazione informatica della dimissione del paziente entro le 24 ore lavorative.	Validazione entro 30 gg dalla dimissione del paziente e registrazione informatica della dimissione del paziente entro le 24 ore lavorative.
2	Efficienza	Rilevazione e registrazione delle consulenze erogate ad altre UO	Registro consulenze a favore di altre UO	Corretta compilazione registro	Analisi registro ed ispezioni	Direzione Sanitaria	Corretta e completa compilazione del registro per aree funzionali	Corretta e completa compilazione del registro per aree funzionali
3	Efficienza	Riduzione del ricorso al ricovero ordinario per i 43+14 DRG a rischio inappropriata	% ricoveri ordinari per i DRG a rischio inappropriata	% ricoveri ordinari per i DRG a rischio di inappropriata	SDO	Direzione Sanitaria	Non superiore al 30%	Non superiore al 30%. Del restante 70% a regime alternativo dovrà essere, almeno il 30%, dovrà essere erogato in regime ambulatoriale
4	Efficienza	Riduzione dei ricoveri acuti ordinari inferiori ad 1 gg	% dei ricoveri acuti ordinari inferiori ad 1 gg	% dei ricoveri acuti ordinari inferiori ad 1 gg anno 2010 (2011) / % dei ricoveri ordinari inferiori ad 1 gg anno 2008	SDO	Direzione Sanitaria	Riduzione del 60%	Riduzione del 70%
5	Efficienza	% dei DRG Medici	% dei DRG medici rispetto al totale dei DRG	(Numero DRG medici / Numero totale dei DRG) * 100	SDO	Direzione Sanitaria	Non superiore al 27%	Non superiore al 22%
6	Efficienza	Riduzione tempi pre-intervento	Media giornate pre-intervento	Media giornate pre-intervento	SDO	Direzione Sanitaria	Non superiore a 2	Non superiore a 2
OBIETTIVI GENERALI PER DIPARTIMENTI SERVIZI DI LABORATORIO								
N.	Tipologia obiettivo	Macro obiettivo	Elementi da monitorare	Indicatore	Modalità di rilevazione dati	Responsabile rilevazione	Valore Obiettivo 2010	Valore Obiettivo 2011
1	Efficienza	Rilevazione e registrazione delle consulenze erogate ad altre UO	Registro consulenze a favore di altre UO	Corretta compilazione registro	Analisi registro ed ispezioni	Direzione Sanitaria	Corretta e completa compilazione del registro per aree funzionali	Corretta e completa compilazione del registro per aree funzionali
2	Efficienza	Sostegno e miglioramento dei livelli di attività e di efficienza	Riduzione dei tempi di refertazione	Tempi di refertazione	Report	Direzione Sanitaria	Riduzione del 15%	Riduzione del 15%

3	Efficienza	Riduzione dei consumi di materiale sanitario	Consumo materiale sanitario	Consumo anno 2010 (2011)/Consumo anno 2009 (2010)	Report	Direzione Sanitaria	Riduzione 10% dei consumi	Riduzione 10% dei consumi
4	Qualità	Razionalizzazione delle prestazioni realizzate	Percorsi assistenziali e/o procedure attivate	Numero percorsi e/o procedure sviluppate ed attivate	Report	Direzione Sanitaria	Definizione dei percorsi e/o procedure per le prime 10 prestazioni più numerose ed a maggior valore	Attivazione piena dei percorsi e/o procedure

OBIETTIVI GENERALI PER DIPARTIMENTI SERVIZI DI RADIOLOGIA

N.	Tipologia obiettivo	Macro obiettivo	Elementi da monitorare	Indicatore	Modalità di rilevazione dati	Responsabile rilevazione	Valore Obiettivo 2010	Valore Obiettivo 2011
1	Efficienza	Rilevazione e registrazione delle consulenze erogate ad altre UO	Registro consulenze a favore di altre UO	Corretta compilazione registro	Analisi registro ed ispezioni	Direzione Sanitaria	Corretta e completa compilazione del registro per aree funzionali	Corretta e completa compilazione del registro per aree funzionali
2	Efficienza	Sostegno e miglioramento dei livelli di attività e di efficienza	Riduzione dei tempi di refertazione	Tempi di refertazione	Report	Direzione Sanitaria	Riduzione del 15%	Riduzione del 15%
3	Efficienza	Riduzione dei consumi di materiale sanitario	Consumo materiale sanitario	Consumo anno 2010 (2011)/Consumo anno 2009 (2010)	Report	Direzione Sanitaria	Riduzione 10% dei consumi	Riduzione 10% dei consumi
4	Qualità	Razionalizzazione delle prestazioni realizzate	Percorsi assistenziali e/o procedure attivate	Numero percorsi e/o procedure sviluppate ed attivate	Report	Direzione Sanitaria	Definizione percorsi/procedure per le prestazioni più numerose ed a maggior valore	Attivazione piena dei percorsi e/o procedure

OBIETTIVI GENERALI PER DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI

N.	Tipologia obiettivo	Macro obiettivo	Elementi da monitorare	Indicatore	Modalità di rilevazione dati	Responsabile rilevazione	Valore Obiettivo 2010	Valore Obiettivo 2011
1	Efficienza	Sviluppo dei flussi informativi per la contabilità economico-patrimoniale	Scostamenti rispetto alla spesa preventivata	Monitoraggio trimestrale dei flussi di spesa e gap	Report	Direzione Amministrativa	Report trimestrali	Report Trimestrali
2	Efficacia	Attivazione procedure contabilità economico-patrimoniale previste dal Commissario	Attivazione procedure contabilità economico-patrimoniale	Stato avanzamento implementazione e procedure	Report	Direzione Amministrativa	Attivazione 70% procedure previste	Attivazione 100% procedure previste

3	Efficienza	Sviluppo flussi informativi per il controllo di gestione e la contrattazione dei budget	Flussi informativi sul controllo di gestione e stato contrattazione budget con dipartimenti	Numero flussi informativi attivati e numero budget contrattati	Report	Direzione Amministrativa	Attivazione del 70% dei flussi informativi e contrattazione del 100% dei budget	Attivazione del 100% dei flussi informativi e contrattazione del 100% dei budget
	Efficacia	Attivazione procedure di controllo di gestione previste dal Commissario	Attivazione procedure contabilità economico-patrimoniale	Stato avanzamento implementazioni e procedure	Report	Direzione Amministrativa	Attivazione 70% procedure previste	Attivazione 100% procedure previste
5	Efficienza	Sistema informativo sul personale	Attivazione flussi sullo stato del personale: assenze, stato anzianità, mobilità, carriere, ecc.	Tempestivo aggiornamento dei dati e sua completezza	Report	Direzione Amministrativa	Definizione dei flussi informativi da attivare e delle relative procedure	Definizione dei flussi informativi da attivare e delle relative procedure
6	Efficienza	Ottimizzazione e procedure riguardanti acquisti e forniture	Riduzione dei costi e tempi collegati alle procedure di acquisto e di fornitura	N. procedure proposte	Report	Direzione Amministrativa	Definizione di almeno 4 procedure	Definizione di almeno 5 procedure
7	Efficienza	Razionalizzazione delle attività di manutenzione	Definizione di un piano dettagliato delle attività di manutenzione ordinaria e straordinaria da realizzare nel 2010 e 2011	Piano delle attività di manutenzione	Report	Direzione Amministrativa	Definizione ed implementazione e del piano delle attività di manutenzione da realizzare con il rispetto dei limiti di costo previsti	Definizione ed implementazione del piano delle attività di manutenzione da realizzare con il rispetto dei limiti di costo previsti
8	Efficienza	Definizione completa dei flussi informativi aziendali	Definizione completa della tipologia dei flussi informativi da attivare a pieno regime e dei relativi tempi	Piano dei flussi informativi	Report	Direzione Amministrativa	Definizione ed attivazione del piano dei flussi informativi	Definizione ed attivazione del piano dei flussi informativi
9	Efficienza	Definizione completa dei flussi informativi aziendali	Definizione completa della tipologia dei flussi informativi da attivare a pieno regime e dei relativi tempi	Piano dei flussi informativi	Report	Direzione Amministrativa	Definizione del piano dei flussi informativi e rispetto dei tempi di invio alla Regione	Definizione del piano dei flussi informativi e rispetto dei tempi di invio alla Regione

10	Efficacia	Rideterminazione tempi di accesso ai procedimenti	Tempi dei procedimenti amministrativi	Numero giorni dei procedimenti amministrativi	Report	Direzione Amministrativa	Rideterminazione dei tempi dei procedimenti amministrativi secondo le indicazioni dell'art. 7 L. n. 69 del 2009	Rispetto e monitoraggio dei tempi dei procedimenti amministrativi secondo le indicazioni dell'art. 7 L. n. 69 del 2009
OBIETTIVI GENERALI PER STAFF DIREZIONE GENERALE								
		Macro obiettivo	Elementi da monitorare	Indicatore	Modalità di rilevazione dati	Responsabile rilevazione	Valore Obiettivo 2010	Valore Obiettivo 2011
1	Qualità	Comunicazione e URP	Gestione attiva dei reclami e suggerimenti	N. di risposte attivate su N. di suggerimenti e reclami pervenuti	Report	Direzione Generale	90% di risposte	95% di risposte
2	Efficacia	Prevenzione e Protezione	Redazione dei piani di emergenza e comunicazione agli interessati	Numero piani di emergenza	Report	Direzione Generale	Da definire numero piani	Da definire numero piani
3	Efficacia	Formazione	Progr. corsi ECM per l'anno 2010 e 2011	N. di corsi programmati	Report	Direzione Generale	Programmare almeno 3 corsi	Programmare almeno 3 corsi

3.4 LO SVILUPPO DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI

3.4.1 L'offerta assistenziale

La programmazione per il triennio 2009-2011 è stata delineata avendo come base di partenza l'analisi delle attività assistenziali erogate dalle strutture aziendali.

Presentando una panoramica sintetica dell'offerta assistenziale dell'AOU, con particolare riguardo alle attività di rilevante interesse regionale, è necessario preliminarmente fare riferimento alle attività svolte dall'AOU Federico II, previste nel Protocollo d'Intesa con la Regione.

L'andamento dell'attività degli ultimi anni, testimonia un costante incremento dal 2001 al 2004, una sostanziale tenuta nel 2005 una certa flessione nel 2006 ed infine una tendenza al miglioramento nel 2008. La variabilità dei dati del 2006 e 2007 va ricercata soprattutto nei problemi delle strutture edilizie dell'Azienda che hanno condizionato i diversi settori dell'assistenza quali la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la rianimazione, l'oftalmologia ed una parte delle aree chirurgiche, a causa di lavori di ristrutturazione, che hanno comportato periodi più o meno prolungati di sospensione, di contrazione o di accorpamento delle attività.

A ciò si sono aggiunti in modo crescente le problematiche derivanti dalla scarsità delle risorse finanziarie e il progressivo depauperamento delle risorse umane determinato dai pensionamenti e dai decessi, al quale non è stato possibile rimediare con un adeguato turn-over del personale. Inoltre l'avanzato invecchiamento della maggioranza del personale determina un aumento dell'assenteismo e delle unità con ridotte attitudini di servizio⁷⁰.

I dati essenziali sono riportati nei grafici che seguono:

Grafico 1

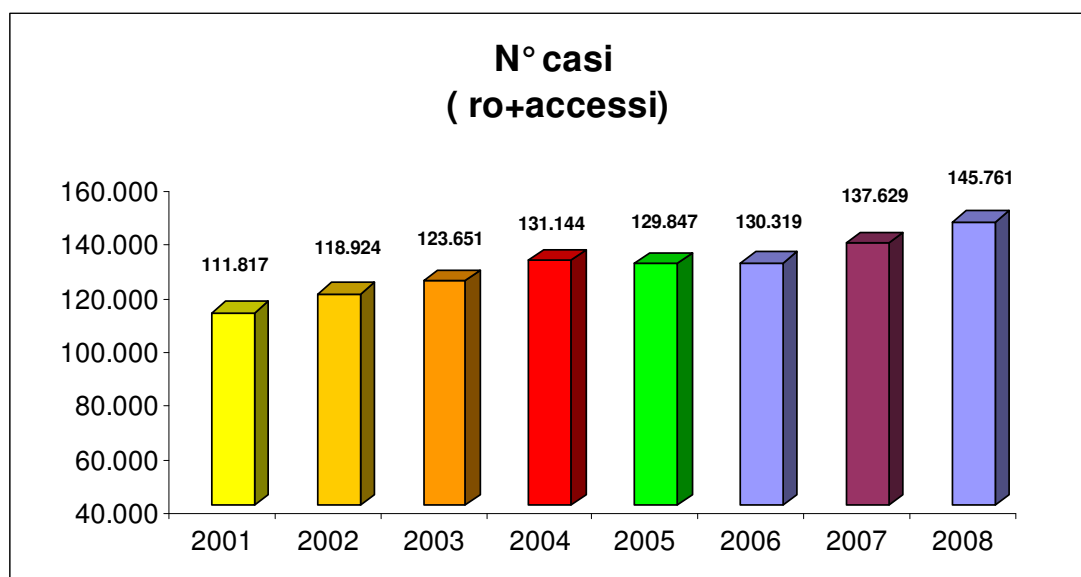
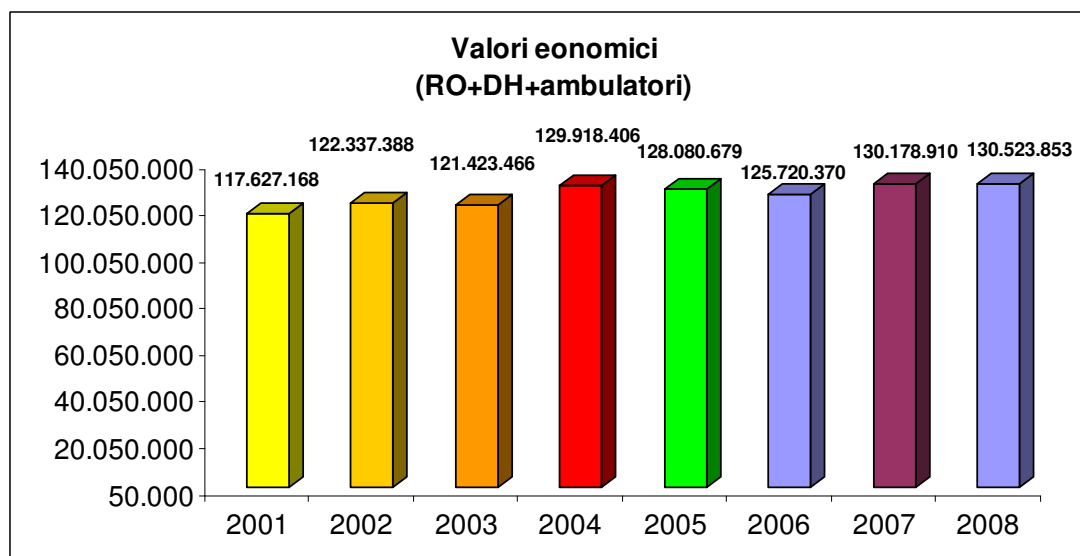
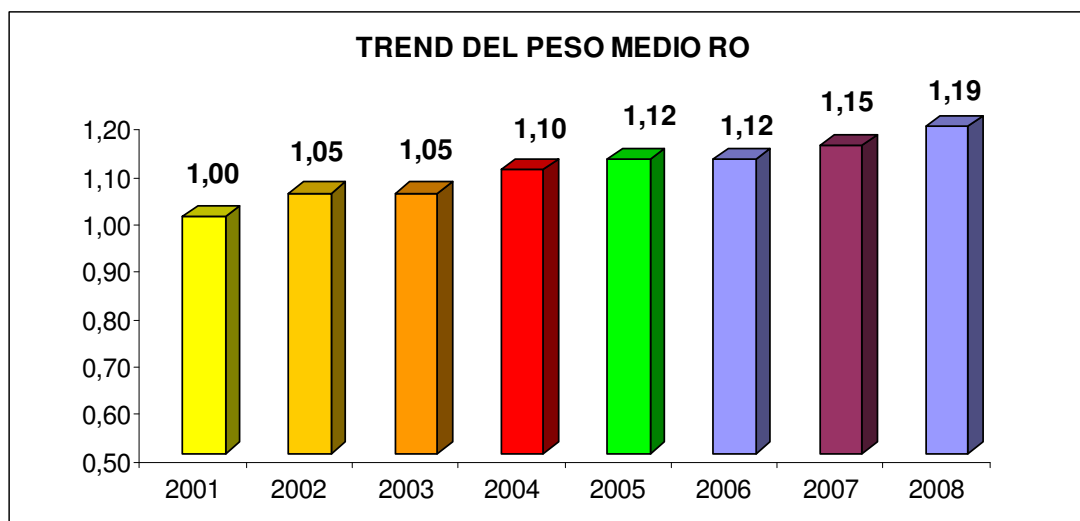


Grafico 2



⁷⁰ Canfora G., Direttore Generale AOU Federico II, Bilancio di previsione 2009 - Relazione sulle attività e sul finanziamento dell'AOU Federico II.

Grafico 3



E' da sottolineare ancora che è in ragione di tali difficoltà, che si sono aggiunte alla fisiologica variabilità legata alle naturali esigenze funzionali o organizzative, che la disponibilità dei posti-letto utilizzabili dall'AOU è stata negli ultimi anni inferiore rispetto alla dotazione prevista dal Protocollo d'Intesa.

3.4.2 Attività di rilevante interesse regionale

Un'attenta gestione aziendale ha permesso che la limitazione delle risorse economiche, del personale e delle strutture non portassero ad una riduzione delle attività assistenziali di alta specialità e di rilevante interesse regionale indicate al punto F dell'allegato E, di cui del Protocollo d'Intesa, anzi ha permesso l'implementazione di numerose attività anche di altissima specializzazione e la creazione di numerosi nuovi centri di riferimento regionale. Nel 2001 erano attivati i centri di riferimento, che sono riportati nella tabella 5 .

Tabella 5

Centri di riferimento attivati nel 2001

CENTRI DI RIFERIMENTO
Oncologia
Ematologia e trapianti del midollo osseo
Demenze senili
Chirurgia Vascolare
Chirurgia Generale e dei trapianti
Cardiologia
Cardiochirurgia

Diagnosi e trattamento dell'AIDS
Immunoematologia e medicina trasfusionale
Diagnosi e trattamento dell'AIDS in pediatria
Oncologia radioterapica

Alcuni di questi hanno subito un incremento di attività e di importanza a seguito dello svilupparsi di protocolli e linee guida innovativi (tabella 6).

Tabella 6- Centri Di Riferimento Regionali Attivati a far data dal 2001

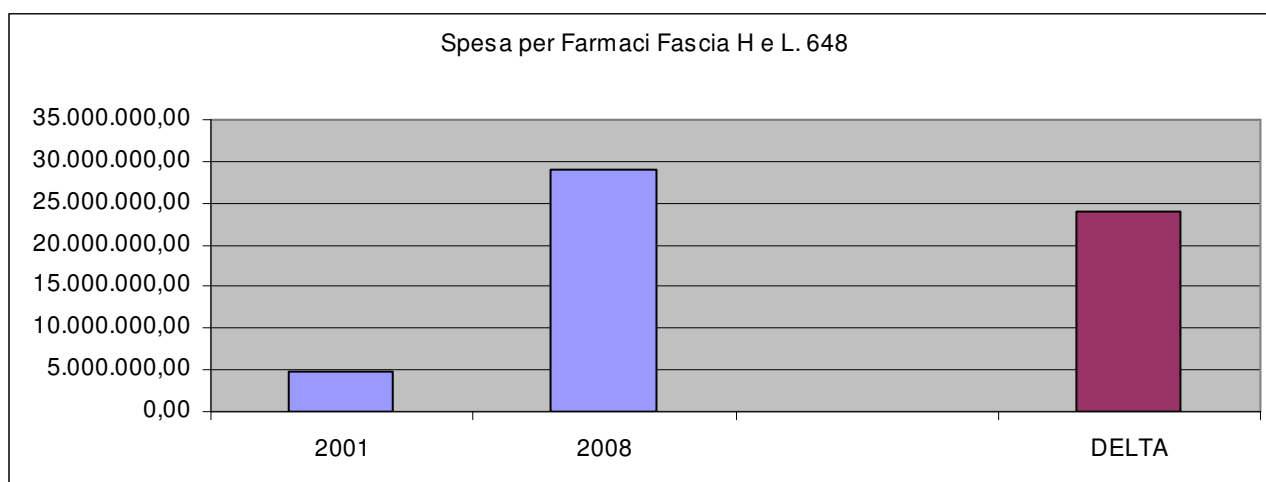
Diabetologia nell'adulto
Terapia del diabete con microinfusori
Terapia con farmaci biologici dell'artrite reumatoide e delle spondiloartriti sieronegative
Fibrosi cistica dell'adulto
Biologia molecolare clinica, la genetica di laboratorio e la diagnostica di malattie congenite del metabolismo
Terapia riabilitativa pre-postoperatoria delle disfunzioni dell'app. digerente e del pavimento pelvico e neuro modulazione
Celiachia dell'adulto
Sterilità ed infertilità di coppia
Nutrizione artificiale domiciliare pediatrica
Sviluppo di metodologie innovative e per lo studio di un trattamento delle patologie uditive vestibolari
Diagnosi precoce di sordità
Cura Mordo di Parkinson e disturbi del movimento
Sclerosi multipla
Diagnosi e cura dell'epilessia
Malattie rare

La notevole mole di attività, svolta dai centri di riferimento sopraindicati, si caratterizza anche per la peculiare complessità e l'elevato assorbimento di risorse assistenziali. Spesso tali attività non vedono un'adeguata valutazione nelle tariffe vigenti, soprattutto per chi come l'AOU Federico II ha per mandato istituzionale il compito di adottare i metodi più aggiornati di diagnosi e cura (angioplastica con stent medicato, protesi di ginocchio, applicazione di defibrillatori, chirurgia vascolare, attività di DH oncologico, ecc.) e,

nell'interesse anche regionale e sociale, tracciare l'avanguardia e funzionare da traino delle nuove conoscenze mediche.

A titolo di esempio si può indicare il trattamento dei pazienti oncologici, che per la sola terapia farmacologica richiedono, in considerazione dei farmaci di ultima generazione, costi che si aggirano oggi intorno ai 10.500 euro/anno a paziente che già da soli coprono e superano le tariffe DRG attualmente vigenti. E' da considerare che nel solo anno 2008 sono stati effettuati circa 13.000 accessi di DH e circa 1.400 casi di RO di pazienti affetti da tumori solidi ed ematici. Per tali attività il Protocollo d'Intesa con la Regione prevede una maggiorazione del valore economico tariffario che tiene conto dei più elevati costi sostenuti dall'Azienda nella misura del 25% di incremento delle tariffe delle prestazioni. Anche per quanto riguarda l'erogazione di farmaci di fascia H e biologici ad alto costo, secondo la normativa direttamente ai pazienti in regime ambulatoriale o per distribuzione diretta da parte del Servizio di Farmacia, l'Azienda, pur ricevendo un rimborso apposito dalla Regione, non si vede riconosciuta la copertura dei costi di acquisizione e distribuzione degli stessi che, quindi, ricadono sul bilancio Aziendale. Infatti, a fronte di una anticipazione economica per l'acquisto (che incide per circa il 18% del bilancio), il rimborso avviene molti mesi o addirittura anni dopo la avvenuta spesa. Inoltre, la sola contabilizzazione e controllo di erogazione degli stessi costano all'Azienda in termini di risorse umane e strumentali. I costi relativi ai farmaci in questione hanno subito un incremento significativo negli ultimi anni. Tra il 2001 e il 2003 vi è stato un primo incremento significativo di spesa da circa € 5 mln. a € 10 mln. Tra il 2003 e il 2008 la spesa è aumentata di altri 18 milioni. La spesa per farmaci in erogazione diretta (fascia H e L. 648) ha subito un grande aumento soprattutto per l'introduzione dei cosiddetti targeting drugs, farmaci biologici ricombinanti ad alto costo, destinati ad essere prescritti presso aree di eccellenza e centri di riferimento, anche al fine di migliorare il monitoraggio degli effetti indesiderati e dell'efficacia.

Grafico 4



Il grafico sopra riportato dimostra il significativo incremento che la spesa per farmaci di fascia H ha subito nel periodo temporale dal 2001 al 2008, che ha visto affermarsi la cosiddetta “era dei farmaci biologici”. Complessivamente sono state effettuate, nel solo anno 2008, per le attività collegate ai farmaci H e biologici, n. 20.300 prestazioni con un esborso dell’AOU Federico II, per i soli farmaci, di 28 milioni di euro pari a una media di costo relativo al solo farmaco erogato di circa € 1.300/prestazione⁷¹.

3.5 La carta d’identità del personale

3.5.1 Il profilo del personale

Passando ad analizzare le principali caratteristiche delle risorse umane che sono impegnate nello svolgimento dell’attività assistenziale presso l’AOU Federico II di Napoli, va rilevato preliminarmente che in considerazione delle variazioni intervenute negli ultimi tempi, quali la riorganizzazione di alcune strutture, i recenti vincoli normativi - nazionali e regionali - che impongono attualmente una riorganizzazione complessiva del settore sanitario e dei Policlinici universitari, la dotazione organica complessiva è caratterizzata da due tendenze principali:

a) progressiva riduzione numerica delle risorse umane, dovuta oltre che al blocco del turnover, anche al mancato reintegro delle numerose unità di personale in pensionamento e in cessazione;

⁷¹ E’ da sottolineare che le prestazioni in questione comportano un impegno non documentabile che non si limita alla erogazione dei farmaci, ma consiste in molteplici attività assistenziali legate al percorso di cura e di follow-up di questi pazienti che sono affetti da patologie comunque gravi e di difficile trattamento con il relativo impiego di operatori sanitari e di mezzi diagnostico-terapeutici.

b) la sempre più marcata articolazione delle diversi componenti l'organico che ha determinato una progressiva riduzione delle unità appartenenti al contingente universitario messo a disposizione dell'azienda ed un progressivo aumento del numero di unità di personale a totale carico dell'Azienda.

Il personale presente all'interno dell'Azienda (dati del Controllo interno di Gestione) in data 31 dicembre 2009, ammonta a 2796 unità equivalenti full-time, in netta diminuzione rispetto alla stessa data del 2008.

Passando alla disamina delle caratteristiche del personale si procede, di seguito, ad analizzare nel dettaglio il tipo di rapporto contrattuale, la suddivisione in categorie professionali, il genere, l'età anagrafica⁷².

La componente più significativa dell'organico è rappresentata dal contingente universitario attribuito all'azienda in forza del protocollo d'intesa Università/Regione.

Tabella 7 - Personale dell'AOU Federico II articolato tra dipendenti del SSR e dell'Università.

Tipologia contrattuale	Personale 2007	Personale 2008	Personale 2009	Personale I Sem. 2010
Servizio sanitario Regionale	93	135	151	169
Universitario	2890	2750	2515	2429
Convenzionato	119	126	128	130
Totale	3102	3011	2794	2728

Dalla Tabella 7 si osserva una complessiva diminuzione del personale nel corso del I semestre 2010 di circa 60 unità rispetto all'anno precedente. Risulta, invece, in aumento il numero dei dipendenti del SSR rispetto al 2009. L'analisi delle remunerazioni del personale dell'azienda mostra che per le componenti di provenienza universitaria si è avuta una diminuzione di circa 200 unità mentre per il personale composto da specialisti ambulatoriali a tempo indeterminato e determinato si è avuto un aumento di circa 20 unità. Dalla Tabella 8 si desume una forte prevalenza del personale dipendente dall'Università rispetto a quello dipendente dal SSR, infatti è di circa l'89% rispetto al personale dipendente del SSR che conta l'11%.

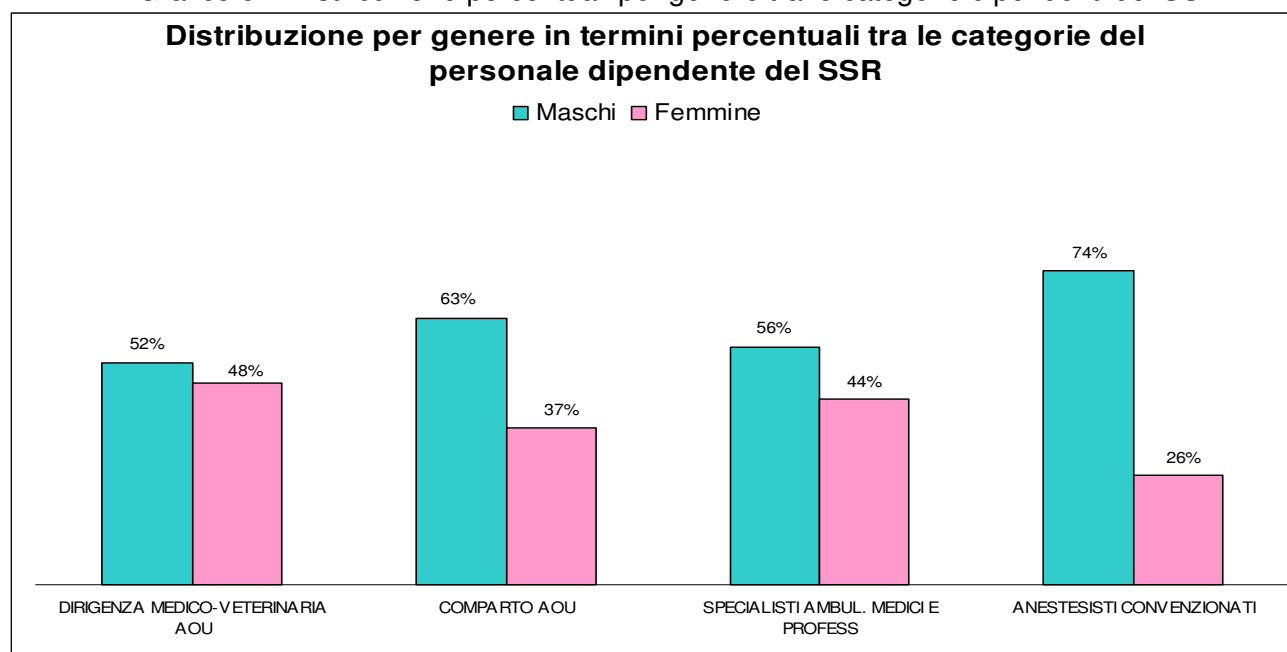
⁷² Ippolito A., "La valutazione del personale negli enti locali e nelle aziende sanitarie", Padova, 2003.

TABELLA 8 – Personale dipendente suddiviso per tipologia contrattuale/inquadramento.

Categoria personale dipendente	Personale del SSN	Personale universitario	Totale personale
DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA	-	630	630
DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA AOU	23	-	23
DIRIGENZA SANIT., PROFESS., TECN. E AMM.	-	217	217
DIRIGENZA SANIT., PROFESS., TECN. E AMM. AOU	1	-	1
COMPARTO	-	1582	1582
COMPARTO AOU	41	-	41
SPECIALISTI AMBUL. MEDICI E PROFESS	104	-	104
ANESTESISTI CONVENZIONATI	130	-	130
Totale I semestre 2010	299	2429	2728
Totale 2009	279	2515	2794
Totale 2008	261	2750	3011
Totale 2007	212	2890	3102

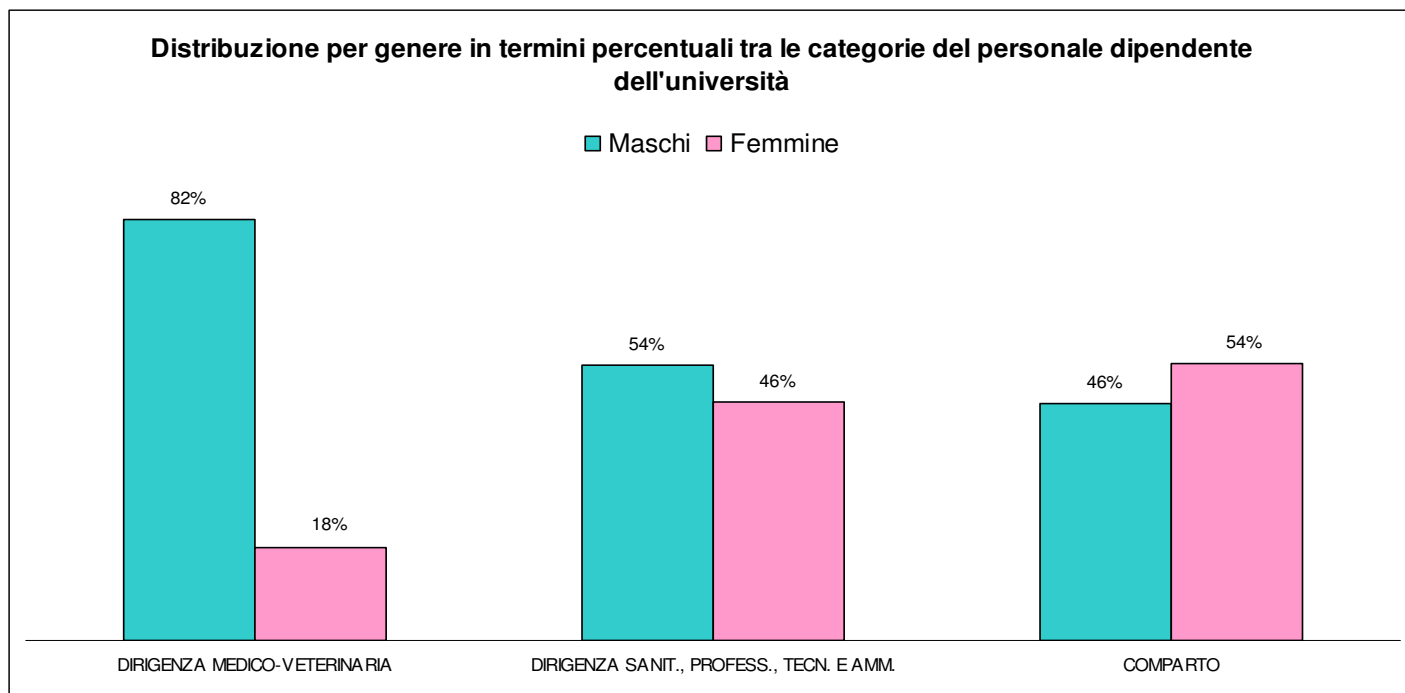
Come dalle rilevazioni degli anni precedenti, nel I semestre 2010 viene confermata la netta prevalenza di personale di sesso maschile (quasi il 65% del totale) su quello femminile. I grafici seguenti mostrano la distribuzione per genere tra le categorie del personale dipendente dal SSR e dall'Università. Come da tendenza già rilevata negli anni precedenti è netta la maggioranza di uomini sul totale del personale, il personale del comparto dipendente dall'università è invece composto prevalentemente da donne.

Grafico 5 – Distribuzione percentuali per genere tra le categorie dipendenti del SSR.



Come riportato nel grafico 5, si conferma la prevalenza del sesso maschile rispetto a quello femminile solo nel comparto, dove invece gli uomini risultano in minoranza tra i dipendenti universitari.

Grafico 6 – Distribuzione per genere in termini percentuali tra le categorie del personale dipendente dell'università.



Per quanto riguarda l'età del personale più del 50% del personale dell'Azienda ricade nelle fasce di età comprese tra i 55 e i 64 anni come si evince dal grafico 7 sotto riportato.

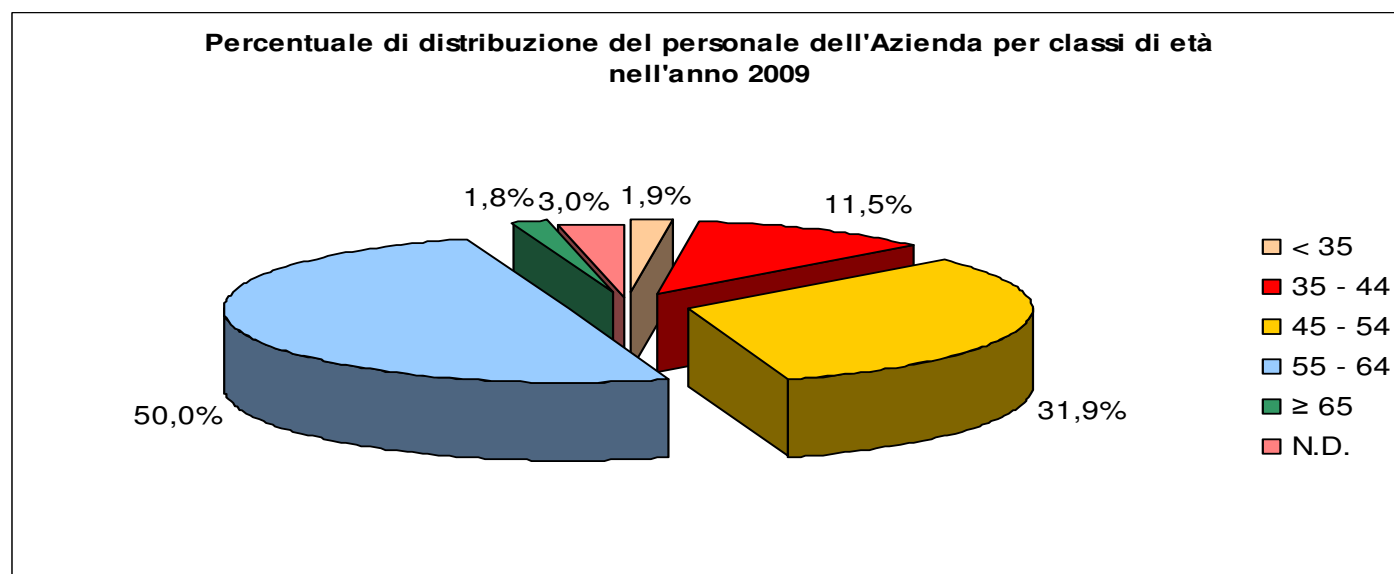


Grafico 7 – Percentuale di distribuzione del personale dell'azienda per classi di età nell'anno 2009.

Nel 2009 la classe “over 65”, ha subito una netta diminuzione rispetto all’anno precedente, dovuto in particolar modo al raggiungimento dell’età pensionabile. Per quello che riguarda le altre categorie, le classi 35 – 44 e 55 – 64 non hanno subito variazioni rilevanti, mentre le classi “under 35” e 45 - 54 hanno subito rispettivamente una diminuzione del 16 % e del 15 %. (tabella 9 e tabella 10) da un anno all’altro.

Tabella 9 – Distribuzione del personale per classi di età – anno 2008

Categoria personale dipendente	CLASSI DI ETA' IN ANNI						totale
	< 35	35-44	45-54	55-64	≥ 65	N. D.	
DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA	1	59	259	313	46	2	679
DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA AOU	11	5	6	1	0	0	23
DIRIGENZA SANIT., PROFESS.,TECN. E AMM.	3	9	73	149	12	0	702
COMPARTO	26	178	685	909	26	0	1824
COMPARTO AOU	3	11	6	4	0	0	24
SPECIALISTI AMBUL. MEDICI E PROFESS	13	48	16	1	0	0	1848
ANESTESISTI CONVENZIONATI	6	8	7	3	0	82	82
Totale 2008	62	318	1052	1380	84	84	2980

Tabella 10 - Distribuzione del personale per classi di età – anno 2009

Categoria personale dipendente	CLASSI DI ETA' IN ANNI						totale
	< 35	35-44	45-54	55-64	≥ 65	N. D.	
DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA	0	58	236	314	34	2	644
DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA AOU	7	7	5	2	0	0	21
DIRIGENZA SANIT., PROFESS.,TECN. E AMM.	3	10	59	149	6	0	665
COMPARTO	17	159	557	921	9	0	1663
COMPARTO AOU	9	18	6	5	0	0	38
SPECIALISTI AMBUL. MEDICI E PROFESS	13	55	21	1	0	0	1701
ANESTESISTI CONVENZIONATI	3	13	6	4	0	82	82
Totale 2009	52	320	890	1396	49	84	2791
Variazione unitaria rispetto al 2008	-10	+2	-162	+16	-35	0	-189
Variazione % rispetto al 2008	-16%	+1%	-15%	+1%	-42%	0%	-6%

Venendo ad un’analisi sintetica della movimentazione nel personale dipendente nel corso dell’anno 2007, 2008 e 2009.

Tabella 11 - Totale personale dipendente dal SSR cessato/assunto nel corso dell'anno 2007, 2008 e 2009.

	2007	2008	2009	Totale
Personale cessato	147	176	251	574
Personale assunto	56	52	24	132

Il dato relativo alla mobilità interaziendale per l'anno 2009 registra un numero di "personale cessato" nettamente maggiore rispetto al "personale assunto". Nel corso del 2009, infatti, come evidenziato nella tabella 11, il totale del personale dipendente si è complessivamente ridotto.

Per quanto riguarda le condizioni di rischio degli operatori, un'attenzione particolare viene riservata dal management aziendale al monitoraggio e alla illustrazione delle dinamiche connesse con i fenomeni infortunistici e delle malattie professionali, di burnout e di stress sul lavoro.

3.5.2 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

a) Lo stato giuridico del personale

Il rapporto di lavoro del personale con l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico" è disciplinato in conformità dei contratti stipulati per il comparto della sanità in sede nazionale in applicazione del D. Lgs. 165/2001 e successive modificazioni.

Al personale è assicurato un sistema di progressione all'interno del sistema classificatorio, nell'ambito dei posti disponibili dalla dotazione organica di ciascuna categoria e dei relativi profili.

Nell'ottica dello sviluppo dei propri servizi, l'Azienda definisce inoltre di volta in volta le nuove professionalità necessarie e organizza, previa consultazione con le OO.SS. e la RSU aziendale, corsi formativi a numero chiuso ai quali il personale può partecipare volontariamente.

Le politiche di gestione del personale sono finalizzate a valorizzare il contributo di responsabilità organizzativa e professionale di tutto il personale dipendente; allo scopo sono distinti i percorsi di sviluppo professionale da quelli di responsabilità organizzativa e

gestionale. Al nucleo di valutazione è demandata la definizione del sistema di graduazione delle posizioni e i criteri di valutazione degli obiettivi in carico ai dirigenti⁷³.

b) il sistema di valutazione delle competenze e i sistemi premianti: il ruolo del Nucleo di Valutazione.

Sulla base dei dettati contrattuali l'Azienda ha sviluppato un proprio sistema di attribuzione di autonomia e responsabilità conferendo incarichi e funzioni misurati su fattori oggettivabili. Parallelamente ha sviluppato un sistema di valutazione, ovviamente in evoluzione, sia sui risultati riferiti agli obiettivi assegnati annualmente nel budget, sia su quelli relativi agli incarichi conferiti. Naturalmente il conferimento di incarichi è legato alla retribuzione accessoria. Il sistema aziendale di valutazione ed individuazione delle posizioni di lavoro, e di conseguenza dell'attribuzione di autonomia e responsabilità professionale, concordato con le Organizzazioni Sindacali delle diverse aree contrattuali, è caratterizzato dai seguenti elementi: valorizzazione delle potenzialità e delle competenze dei professionisti in relazione agli obiettivi aziendali; ridefinizione delle modalità organizzative finalizzate ad una sempre maggiore integrazione tra formazione, ricerca ed assistenza ed ai risultati attesi; descrizione dei profili di competenza per ciascuna posizione di lavoro attraverso un sistema di "pesatura" dei diversi fattori che compongono la posizione stessa anche al fine di costruire una base concreta per una valutazione equa delle prestazioni; trasparenza nel processo di individuazione delle posizioni di lavoro e di conferimento degli incarichi: le diverse fasi del processo devono essere condivise⁷⁴. Ciascuna area di contrattazione, pur nelle differenze stabilite nelle diverse aree contrattuali (dirigenza e comparto), individua diversi istituti finalizzati a premiare i risultati conseguiti.

Il Nucleo di Valutazione Aziendale esercita le attribuzioni di propria competenza nell'alveo delle funzioni delineate dal Decreto Legislativo 286/99. Il Nucleo di Valutazione, formato da esperti nominati dal Direttore Generale sentito il Rettore dell'Università, svolge:

- attività di valutazione e monitoraggio, verificando l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive e negli atti di programmazione; in particolare tale attività consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra

⁷³ A. Caloprisco, "I servizi di controllo interno ed i nuclei di valutazione delle pubbliche amministrazioni", Verona, Cedam, 1998.

A. Caloprisco, "Nodi problematici nello sviluppo dei servizi di controllo interno ed i nuclei di valutazione delle pubbliche amministrazioni", Verona, Cedam, 1998.

⁷⁴ Ippolito A., "La valutazione del personale negli enti locali e nelle aziende sanitarie", Padova, 2003.

le missioni affidate, gli obiettivi prescelti, le scelte operative effettuate rispetto alle risorse assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità della mancata o parziale attuazione dei possibili rimedi;

- attività di verifica dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato;

- controllo delle attività svolte dalle strutture aziendali in termini documentati e sintetici, attraverso la valutazione degli indicatori ed il loro confronto con i parametri di riferimento.

Nel 2009 è stato insediato il Collegio Tecnico nella sua composizione attuale. L'attività svolta nel 2009 è stata finalizzata a consolidare il lavoro avviato negli anni precedenti. Il Collegio Tecnico ha potuto comprendere ed approfondire l'articolato sistema di programmazione e controllo dell'Azienda e dell'annesso sistema premiante.

La tabella seguente schematizza le fasi che compongono il sistema di valutazione del personale e l'oggetto di valutazione per le due tipologie di valutazione che si effettuano nei confronti del personale (valutazione di posizione e degli incarichi professionali assegnati). In particolare, per la valutazione delle posizioni si può parlare di graduazione delle posizioni in senso proprio: esse, «oggettivamente» pesate, saranno poi affidate a dirigenti, con incarichi a tempo determinato. È quindi soltanto in un secondo momento, almeno da un punto di vista logico, che a una determinata posizione sarà associato un dirigente specifico. Per i destinatari di incarichi professionali, i *professional*, risulta invece difficile parlare di un modello tradizionale di graduazione delle posizioni e di conferimento degli incarichi, in cui la graduazione riguarda, in prima battuta, le funzioni e non le persone ad esse preposte: nel caso dei *professional*, si tratta piuttosto di un sistema volto a riconoscere una progressione di carriera al crescere della maturità professionale (tecnico-professionale in senso stretto ma anche relazionale-organizzativa) mostrata.

Tabella 12 – Il Sistema di valutazione

Tipologie di valutazione	Fasi della valutazione	Oggetto della valutazione
Valutazione di posizione	la definizione delle posizioni organizzative	Esso riguarda la responsabilità, la complessità e la professionalità associate alle singole posizioni organizzative associando poi a tali contenuti una specifica indennità economica.
	la graduazione delle posizioni organizzative attraverso l'implementazione di un sistema di criteri di valutazione di pesatura delle funzioni/ruoli	

Valutazione degli incarichi professionali	attribuzione di incarichi professionali da parte del DG	Esso riguarda l'operato del singolo professionista nel periodo oggetto di valutazione, in termini di: 1) risultati conseguiti a fronte di obiettivi assegnati, 2) comportamenti organizzativi espressi a fronte di quelli attesi, 3) competenze professionali e tecniche maturate.
	definizione della metodologia per la valutazione degli incarichi da parte del Nucleo di valutazione	

L'AOU Federico II ha definito le singole posizioni organizzative nell'ambito dell'atto aziendale, mentre rimanda a regolamenti successivi per la realizzazione delle altre fasi costituenti il processo di valutazione del personale.

Gli istituti qui discussi (posizioni organizzative e incarichi professionali) divengono soltanto due dei molteplici strumenti di cui l'azienda dispone per sviluppare una politica del personale coesa e coerente, e quindi in ultima analisi efficace. Accanto alla graduazione delle funzioni e alla valutazione delle prestazioni, l'azienda ha, infatti, a disposizione numerosi altre leve per una gestione efficace del personale:

1. la programmazione della dotazione organica, assai più flessibile e gestibile della vecchia pianta organica;
2. meccanismi nuovi di selezione (per numerose posizioni le scelte sono sostanzialmente fiduciarie e nei concorsi si può dare peso diverso ai curricula vitae, ai colloqui, alle prove pratico-attitudinali, ecc.);
3. un utilizzo effettivo del periodo di prova quale strumento efficace per poter valutare le caratteristiche professionali e relazionali del personale neoassunto;
4. la determinazione delle regole aziendali per l'assegnazione degli incarichi;
5. i premi di risultato, agganciati in maniera più o meno stretta alla valutazione delle prestazioni individuali e ai risultati di unità operativa individuati dal processo di budgeting;
6. la gestione delle condizioni riconosciute ai professionisti per l'esercizio delle attività intramoenia, finora sentite spesso come un 'diritto' dei professionisti sostanzialmente subito dall'azienda più che come un ambito in cui un'efficace politica aziendale possa contribuire a motivare e fidelizzare i propri professionisti.

c) la gestione del personale dirigente

Il personale della Dirigenza opera nelle seguenti aree:

- a) area sanitaria medica;
- b) area sanitaria non medica;
- c) area professionale, tecnica e amministrativa.

Nell'ambito di ciascuna area, la dirigenza è assegnata ad un unico livello e i dirigenti si differenziano in relazione agli incarichi conferiti.

L'assunzione di dirigenti con rapporto a tempo indeterminato avviene a seguito dello svolgimento delle apposite procedure selettive previste dalla legge. La costituzione del rapporto di lavoro avviene mediante stipula di contratto individuale, disciplinato dai CCNL di area nonché dal contratto individuale⁷⁵.

A ciascun Dirigente viene conferito un incarico che può essere di natura gestionale o professionale. La tipologia degli incarichi che possono essere conferiti ai Dirigenti è la seguente:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di direzione di struttura semplice, a valenza dipartimentale o inclusa in una struttura complessa;
- c) incarico professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;
- d) incarico professionale conferibile ai dirigenti con meno di cinque anni di servizio.

Ai Dirigenti del ruolo sanitario con meno di cinque anni di attività nella posizione sono conferibili esclusivamente incarichi di natura professionale di base⁷⁶.

Gli incarichi di direzione di struttura complessa e semplice da attribuire ai dirigenti del ruolo amministrativo, tecnico e professionale sono conferiti dal Direttore Generale, sentito il Direttore Sanitario e/o il Direttore Amministrativo.

Nell'esercizio delle funzioni, i dirigenti con incarico di natura professionale sono responsabili:

⁷⁵ Con i dirigenti possono essere stipulati anche contratti di lavoro e incarichi conferiti a tempo determinato nei casi previsti dalla legge e dai CCNL. In particolare, per il personale docente dell'area sanitaria medica e non, si richiama quanto disposto dal D.lgs. 517/99.

⁷⁶ Con riferimento alle lettere a) e b) si precisa che gli incarichi di direzione di struttura complessa e semplice ai dirigenti del ruolo sanitario sono conferiti dal Direttore Generale, su proposta del Consiglio di Facoltà, sentito il direttore del dipartimento, il Direttore Sanitario e il Direttore amministrativo, sulla base di valutazioni riguardanti: la specifica esperienza professionale maturata nell'area di destinazione, la specializzazione professionale, culturale e scientifica, le specifiche attitudini dimostrate nell'esercizio delle funzioni dirigenziali, con particolare riferimento alle capacità di dirigere e coordinare gruppi di lavoro, le altre concrete esperienze di lavoro.

- dei risultati conseguiti;
- della corretta applicazione delle direttive impartite dal dirigente responsabile di struttura complessa o dal Direttore del DAS;
- dell'operato proprio e dei propri collaboratori;
- della correttezza del processo e delle procedure amministrative.

Infine, agli incarichi, sia di titolarità di struttura che di responsabilità professionale, viene attribuito un "valore economico" ai fini della determinazione della retribuzione di posizione aziendale del Dirigente⁷⁷.

I criteri e le modalità di affidamento e revoca degli incarichi sono contenuti in uno specifico regolamento redatto dalla direzione aziendale, preso atto di quanto previsto nel Protocollo d'intesa Regione/Università.

All'atto della prima assunzione sono conferibili incarichi di natura professionale delimitati da precisi ambiti di autonomia e nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura di appartenenza.

Gli incarichi di responsabilità di struttura dell'area sanitaria possono essere conferiti, ai sensi dell'Art. 15/bis del D.Lgs 502 del 1992 e dall'Art.27 del CCNL 98/2001, solo ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo e con almeno 5 anni di anzianità, previa verifica delle attività professionali svolte nell 'ultimo quinquennio e dei risultati conseguiti.

Gli incarichi di responsabilità di struttura dell'area amministrativa e tecnico-professionale possono essere conferiti solo ai dirigenti con almeno 3 anni di anzianità, previa verifica delle attività professionali svolte nel triennio precedente e dei risultati conseguiti.

Il conferimento di tutti gli incarichi dirigenziali è di competenza del Direttore Generale fermo restando le modalità previste dal Protocollo d'Intesa Regione/Università.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono a tempo determinato, e la durata degli stessi è definita da apposito regolamento aziendale nonché dal contratto individuale.

Questi ultimi esercitano i poteri di spesa nei limiti della quota di bilancio assegnata, gestiscono le risorse umane e strumentali assegnate, adottano atti di organizzazione e gestione del personale, definiscono l'orario , propongono al Direttore generale eventuali modifiche all'orario di servizio e all'orario di apertura al pubblico in relazione alle esigenze funzionali delle strutture cui sono preposti.

⁷⁷ Tale "valore economico" viene graduato in relazione all'importanza organizzativa e/o strategica della struttura ovvero in relazione al contenuto professionale dell'incarico. L'attribuzione del "valore economico" all'incarico dirigenziale è effettuato dall'Azienda sulla base dei criteri stabiliti in sede di contrattazione collettiva decentrata per ciascuna area dirigenziale.

I Dirigenti propongono i trattamenti economici accessori compresa la gestione del sistema premiante, esercitano i controlli ed attivano eventuali procedimenti disciplinari; adottano, sempre nel rispetto delle direttive generali, gli atti di gestione amministrativa, tecnica e finanziaria che discendono dall'applicazione vincolante di norme, regolamenti e deleghe del Direttore Generale così come disposto dal D.lgs. n.165 del 2001 e ss.mm.ii.

Sono, inoltre, responsabili dei compiti e degli incarichi loro affidati sulla base di specifiche deleghe del Direttore Generale (partecipazioni a comitati, commissioni, ecc.), della trasparenza e della speditezza dei procedimenti amministrativi, della legittimità degli atti che sottoscrivono e rispondono dei risultati conseguiti e della gestione delle risorse loro affidate. Possono svolgere attività in libera professione i dirigenti medici e sanitari, nel rispetto della normativa vigente e delle finalità istituzionali di ricerca e didattica. La disciplina della Libera professione è contenuta in apposito regolamento.

3.6 Il disavanzo di gestione

a) L'entità del deficit in relazione al finanziamento

Il risultato di ingente perdita di esercizio del bilancio di previsione 2010 come per le pregresse annualità, deriva da una serie di interventi di contenimento dei costi registrati nel corso degli ultimi anni nei quali è maturato un disavanzo tendenziale, pari a € 41.841.394 per l'anno 2009 e a € 64.853.892 per l'anno 2008⁷⁸.

Ebbene tale deficit non deriva esclusivamente da un eccesso dei costi bensì non esaustiva attribuzione delle risorse in entrata⁷⁹.

Come evidenziato nel primo capitolo, l'analisi della spesa sanitaria è basata principalmente sull'elaborazione dei modelli CE. Va innanzitutto osservato che gli schemi predisposti per le aziende del SSN non considerano le specificità dei Policlinici (si pensi, ad esempio, che il personale giuridicamente dipendente dell'Università ed appartenente al contingente attribuito dalla stessa Università all'Azienda - circa il 93% del totale del personale operante nel Policlinico - va inquadrato nella voce "Consulenze"). In realtà i modelli CE sono strutturati al fine di mettere a confronto il *valore della produzione* (cioè il valore delle risorse entrate nel sistema) con i *costi della produzione* (vale a dire delle

⁷⁸ Dati rilevati dal modello CE di rilevazione del conto economico del bilancio aziendale.

⁷⁹ G. Canfora, Direttore Generale AOU Federico II, Bilancio di previsione 2009 - Relazione sulle attività e sul finanziamento dell'AOU Federico II.

risorse uscite dal sistema). Il valore delle risorse che entrano nel sistema è fortemente sottostimato in conseguenza di una incerta definizione dei compiti da attribuire al AOU Federico II; tale incertezza ha generato, nel corso degli ultimi anni, una sorta di rincorsa ad incrementare attività di vario genere che, pur se giustificate dalla presenza di specifiche e rare competenze professionali presenti nell'AOU, non hanno trovato riscontro in un parallelo adeguamento delle risorse messe a disposizione dell'Azienda.

Lo stesso protocollo di intesa Regione Campania /AOU Federico II siglato il 18 luglio 2003 ha contribuito a generare meccanismi penalizzanti per l'Azienda. Dal 2003 ad oggi l'AOU ha ricevuto un finanziamento sempre uguale per un valore di € 155 mln. Solo con il Protocollo d'intesa per disciplinare il rapporto tra SSR ed Università per lo svolgimento delle attività assistenziali, siglato il 13 ottobre 2010 ed approvato con decreto del Commissario ad acta n. 61 del 15 ottobre u.s., il finanziamento della Regione Campania è aumentato a € 191 mln⁸⁰.

Un finanziamento statico, fino alla stipula del nuovo protocollo, ha determinato un conflitto con la dinamica capacità di offerta dell'Azienda; quest'ultima, proprio in virtù della sua natura ospedaliero-universitaria, mostra una vocazione alla ridefinizione ed all'ampliamento del proprio profilo di offerta. Un moderno e dinamico profilo di offerta non può che coincidere con gli interessi della Regione Campania. A solo titolo di esempio si citano:

⁸⁰ La Regione finanzia le attività assistenziali dell'A.O.U. nei modi previsti dal dlgs. n. 517/99 e nel rispetto dei vincoli finanziari fissati dal Piano di rientro dal disavanzo. Per ciascuno degli anni 2011 – 2013 il finanziamento è stabilito in € 191 milioni, incrementati dell'1% all'anno nel 2012 e nel 2013, fatto salvo il mantenimento del volume complessivo delle prestazioni assicurate nel 2009 a prescindere dal regime di erogazione (ordinario, diurno, ambulatoriale) e la consistenza del fondo sanitario regionale 2010.

Tale finanziamento è omnicomprendente e in esso rientrano:

a) i costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero acuto e non acuto, ordinario, day hospital, day surgery, day service e di specialistica ambulatoriale, valorizzati secondo le vigenti tariffe regionali per i presidi a più alta complessità con la maggiorazione dell'8% dell'intero valore delle attività assistenziali, tenuto conto della specificità dell'AOU e dei più elevati costi sostenuti per effetto delle attività di ricerca e di didattica, al netto della quota correlata ai minori costi derivanti dall'apporto del personale universitario;

b) i maggiori costi delle prestazioni erogate in emergenza – urgenza;

c) i maggiori costi delle strutture cui afferiscono i Centri riconosciuti quali di riferimento regionale.

Alla AOU è riconosciuta la possibilità di accedere ad un finanziamento annuo aggiuntivo a quello stabilito nella misura massima di € 20 milioni, € 22 milioni ed € 24 milioni, rispettivamente, per il 2011, 2012 e 2013, subordinato al raggiungimento dei seguenti risultati di performance e qualificazione:

- riduzione del 7% entro il 2011, del 14% entro 2012 e del 20% entro il 2013, rispetto al numero delle attuali strutture complesse;
- aumento del 3% nel 2011, del 6% nel 2012 e del 9% nel 2013 del peso medio dei DRG dei ricoveri erogati in regime ordinario, rispetto al peso medio di quelli registrati nella media del biennio 2009 - 2010;
- riduzione del 7% nel 2011, del 14% nel 2012 e del 20% nel 2013 dell'inappropriatezza dei ricoveri erogati in regime ordinario e diurno, rispetto a quella registrata nella media del biennio 2009 - 2010.

E' riconosciuto e liquidato a carico del SSR il saldo del finanziamento ordinario (20% fino al 2006 e 5% dal 2007 al 2010), per la parte non ancora erogata, ed i disavanzi degli esercizi fino al 31 dicembre 2010 non ancora coperti. Tali somme saranno erogate in più tranches, nei limiti annuali esposti nel seguito del presente comma, previa ricognizione analitica, riscontro con i creditori e, laddove possibile, definizione di accordi transattivi, applicando a tutti i debiti al 31/12/09, nonché a quelli sorti nel 2010, le procedure di verifica SORESA / KPMG previste dal Piano di Rientro (DGRC n. 460/07 e n. 2192/07). Gli eventuali risparmi saranno acquisiti in riduzione dei disavanzi da ripianare a tutto il 31/12/2010. Per l'esercizio 2010 l'entità del disavanzo non dovrà superare il disavanzo 2009 e sarà definita in sede di approvazione del bilancio consuntivo dell'azienda, entro il 31 maggio 2011.

- i 15 nuovi Centri di Riferimento Regionali creati dal 2003 ad oggi per rispondere alle esigenze di varie patologie che, ove non trattate presso il Policlinico, determinerebbero una forte migrazione verso altre Regioni;
- i volumi di attività che sono stati incrementati sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo con un incremento del valore della produzione di circa 19 milioni di €, con evidente vantaggio per la Regione Campania.

Questo vantaggio non ha avuto, sinora, contropartite nell'entità del finanziamento e solo con le misure del nuovo protocollo hanno visto un riconoscimento nella possibilità di ottenere un finanziamento aggiuntivo.⁸¹

L'Azienda si è trovata, quindi, a dover fronteggiare, un incremento qualitativo e quantitativo della produzione, in costanza di finanziamento, subendo inoltre, al contempo, nel periodo 2007-2010 in linea con un trend ormai decennale, un decremento di quasi 400 unità equivalenti (unità di personale considerato a tempo pieno).

Tale costante depauperamento - considerando l'età media dei dipendenti della AOU, è ragionevole affermare che tale media sia destinata ad incrementarsi nei prossimi anni - ha determinato un inevitabile, seppur parziale, processo di sostituzione che ha comportato un progressivo incremento dell'incidenza del costo del personale per l'Azienda in quanto l'eventuale sostituzione dell'unità dell'originario contingente messo a disposizione dell'Università e per la quale ha sostenuto il solo costo dell'equiparazione al trattamento economico del corrispondente profilo ospedaliero, determina l'onere dell'intero peso retributivo. Tale modifica in atto nella composizione del personale a parziale/totale carico aziendale, in altre parole, non è da sottovalutare in quanto l'assunzione di personale a totale carico comporta un impegno economico durevole e senza il sostegno della compartecipazione universitaria. A parità di spesa totale, quindi, il progressivo disimpegno dell'Università alla partecipazione dei costi per il personale (e di contro un progressivo aumento dell'impegno economico della AOU), si sostanzia in una effettiva riduzione di personale.

Alle mutate condizioni di finanziamento, con il nuovo protocollo d'intesa dell'ottobre u.s., si delinea uno scenario sempre complesso, ma meno compromettente per le prospettive aziendali, scongiurando, con le disposte integrazioni finanziarie, riduzioni della qualità dei servizi erogati, critiche insufficienze organiche, insostenibilità dell'attività svolta dalle strutture aziendali.

⁸¹ G. Canfora, Bilancio di previsione 2009 - Relazione sulle attività e sul finanziamento dell'AOU Federico II

b) Il finanziamento, la molteplicità di funzioni e la mission

Così come ribadito dal Decreto Legislativo 517/99 e da Sentenze della Corte Costituzionale, l'attività di assistenza nelle AOU è legata indissolubilmente alla didattica e alla ricerca. Ne consegue che il profilo di offerta dell'AOU, a differenza delle altre Aziende ospedaliere del Ssr, è fortemente condizionato dalla programmazione didattico-scientifica elaborata dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia, così come d'altra parte recepito dal Protocollo d'intesa Regione/Università. A questa parte dell'attività aziendale va assegnata prioritariamente una quantità di risorse predefinite e non comparabile con le altre aziende ospedaliere in tema di produzione.

La contemporaneità dello svolgimento della triplice funzione di didattica, ricerca ed assistenza con svolgimento di quest'ultima sotto la diretta supervisione del personale docente e strutturato, anche di personale in formazione, determina, ovviamente, la dilatazione dei tempi di lavoro rispetto a quanto accade nelle altre aziende. Il perseguimento della specifica mission aziendale comporta la necessità di dover assicurare un punto di equilibrio tra le tre funzioni della didattica, della ricerca e dell'assistenza, tenendo presente che:

- il contributo alla didattica richiederebbe un posizionamento esteso (non focalizzato) in termini di patologie trattate;
- il contributo alla ricerca richiederebbe invece una estrema focalizzazione su patologie e processi oggetto degli interessi scientifici espressi dalla Facoltà;
- un adeguato posizionamento sulla funzione assistenziale richiederebbe invece una valutazione della domanda di assistenza espressa dalla collettività non disgiunta dall'esame delle strategie perseguite dalle altre strutture di offerta presenti sul territorio.

L'impossibilità di potersi concentrare unicamente sull'ultimo ambito indicato, onde non stravolgere la stessa ragion d'essere dell'AOU, comporta l'esistenza di meccanismi operativi e di conseguenti metodologie di valutazione delle performance non riconducibili alle sole logiche di funzionamento delle aziende ospedaliere, depauperando l'Azienda stessa della possibilità di occupare uno spazio di azione focalizzato unicamente sull'assistenza e di sviluppare strategie competitive nei confronti delle altre aziende ospedaliere della rete regionale.

Quanto sopra enunciato viene sancito dal D.Lgs 517/99, all'art.7 che riconosce alle aziende ospedaliero-universitarie, in sede di accordi regionali, un finanziamento correlato alla maggiore complessità dell'attività assistenziale svolta presso queste strutture. Ai sensi del Decreto interministeriale del 31.07.1997, il governo regionale può infatti riconoscere un finanziamento aggiuntivo rispetto al finanziamento in base alle prestazioni prodotte ed erogate al fine di compensare i maggiori costi indotti sulle attività sanitarie dalle funzioni di didattica e di ricerca, come confermato nel nuovo protocollo d'intesa con la Regione Campania del 13 ottobre u.s..

Tale opportunità è supportata da almeno cinque buone ragioni che possono essere addotte per spiegare il maggior assorbimento di risorse per caso trattato:

1. un primo fattore è connesso al processo di apprendimento dei medici e delle altre categorie di personale sanitario in formazione. In questo caso i maggiori costi sono legati ai costi indiretti della didattica che si riflettono sul processo assistenziale;
2. una seconda ragione è associata alla tendenziale maggiore severità media dei pazienti che vengono trattati data la particolare concentrazione di strutture di terzo livello assistenziale;
3. un terzo motivo è legato alla presenza di un patrimonio tecnologico tendenzialmente più sofisticato e più numeroso rispetto a quello in dotazione agli ospedali;
4. un quarto aspetto è connesso alla minore efficienza media per caso trattato legata in particolare alla maggiore durata della degenza che si riscontrerebbe nelle aziende ospedaliero universitarie;
5. l'ultima considerazione riguarda infine l'impossibilità di adottare politiche di cream skipping, teoricamente perseguibili dalle altre strutture di ricovero, date le finalità di insegnamento e di ricerca.

Il profilo di offerta dell'AOU si articola, dunque, in due ambiti:

- il primo, connesso alle attività tipiche dell'ospedale e legate alla erogazione di prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e per le quali viene assicurato, attraverso i Protocolli d'intesa, un sistema di finanziamento simile ma non identico e, per certi aspetti, penalizzante rispetto a quello delle altre aziende ospedaliere;
- il secondo, connesso allo svolgimento di *"altre attività"* e per le quali non esiste alcun tipo di valorizzazione e non viene garantito nemmeno il ristoro dei costi effettivi sopportati.

Infatti accanto alle tradizionali attività di ricovero e di assistenza ambulatoriale funzionali quantitativamente e qualitativamente alla sua mission, coesistono all'interno del Policlinico altre numerose attività che nel tempo si sono incrementate. A solo titolo di esempio e sicuramente in maniera non esaustiva, si possono citare:

- le attività di gestione dell'emergenza–urgenza territoriale assicurata dall'intenso lavoro del Pronto soccorso ostetrico, d'interruzione di gravidanza, di pronto soccorso psichiatrico, di presidio delle attività neonatologiche, dell'UTIC, dell'Emodinamica, della Rianimazione, della Cardiochirurgia, della Neurochirurgia, delle emergenze chirurgiche attraverso il Sires-Coies;
- la citata presenza di numerosi Centri di riferimento regionali che garantisce sul territorio regionale il presidio di particolari patologie;
- la richiamata gestione della erogazione di farmaci di fascia H, il cui rimborso del costo di acquisto assicurato dalla Regione non garantisce il ristoro pieno di tutta l'attività di organizzazione e coordinamento sottesa alla distribuzione di una siffatta quantità di farmaci ma soprattutto non garantisce il ristoro di tutti i costi indotti connessi a questo tipo di attività rappresentati dalle prestazioni cliniche, diagnostiche e di monitoraggio dei pazienti a supporto della semplice attività di distribuzione, tali costi indotti gravano unicamente sull'AOU;
- la presenza di un'altra realtà aziendale, quale l'AOU della Seconda Università degli Studi di Napoli che grava per le attività diagnostiche (di laboratorio e radiologiche in primo luogo) e di trasporto pazienti all'interno del complesso di Cappella Cangiani sulle strutture dell'AOU Federico II con rimborso solo parziale, in base ad una vetusta convenzione mai rinnovata, dei costi effettivi sostenuti.

CAPITOLO 4

4. Il caso aziendale: modelli e strumenti per l'avvio e l'implementazione del controllo di gestione nell'AOU Federico II

La realtà sanitaria è investita da un complesso processo di cambiamento, volto a diffondere una filosofia manageriale orientata ad una gestione efficiente ed efficace dei processi sanitari.

L'introduzione di approcci manageriali all'interno delle aziende sanitarie trova non poche difficoltà, sia culturali che strutturali, dovute soprattutto all'elevata complessità di tali strutture.

Una recente e copiosa letteratura⁸² evidenzia l'importanza dell'introduzione all'interno delle realtà sanitarie di una logica di progetto e di un sistema di monitoraggio e di controllo finalizzato a guidare l'organizzazione verso il raggiungimento dei propri obiettivi. La logica di progetto è necessaria per diffondere nelle organizzazioni la cultura orientata al miglioramento dei comportamenti e delle procedure. Una capacità progettuale adeguatamente supportata da strumenti che consentono di effettuare tempestive e corrette valutazioni consente l'innescio di un processo veramente efficace di miglioramento continuo⁸³.

La struttura portante di un'organizzazione impegnata nel processo di miglioramento è costituita da tre grandi sistemi:

- un sistema di project management che fornisca a tutti gli attori organizzativi gli strumenti culturali e tecnici per implementare, gestire e monitorare progetti di innovazione;
- un sistema di controllo di gestione orientato alla gestione dei processi aziendali e a supportare i progetti di cambiamento organizzativo;
- un sistema di valutazione delle competenze individuali ed organizzative, teso al miglioramento delle capacità delle risorse umane.

⁸² Alesani D., Ancona F. (2005) "L'innovazione nei modelli di controllo delle Aziende sanitarie: evidenze dall'applicazione del modello di controllo per LEA", *Mecosan*, n. 53, pp. 99-116.

Annessi Pessina E., Cantù E. (Eds.) (2003) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto Oasi, Egea, Milano.

Lecci F., Longo F. (2004) "Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN", in: Annessi Pessina E., Cantù E. (Eds.), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.

Longo M., Masella C. (1999) "Il controllo di gestione nei processi di trasformazione delle aziende sanitarie", *X Riunione Scientifica Annuale AiIG*.

⁸³ Buccoliero L., Cavaliere A., Nasi G., I sistemi informativi automatizzati a supporto dei sistemi di programmazione e controllo, in *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw-Hill, 2000.

Tali sistemi richiedono un'infrastruttura informatica ed un sistema informativo capace di fornire tutte le informazioni ed i dati necessari per le valutazioni e le decisioni.

Per implementare tali sistemi è necessario:

- ✓ sensibilizzare l'azienda ad accettare la cultura del miglioramento organizzativo;
- ✓ tendere verso un assetto organizzativo coerente con l'organizzazione delle attività e delle funzioni dell'azienda con una precisa identificazione dei centri di costo e di responsabilità;
- ✓ definire un sistema di contabilità analitica collegato al sistema di contabilità generale;
- ✓ promuovere azioni di valutazione dei dati forniti dalla contabilità analitica finalizzati ad una valutazione dei risultati, assunzioni di azioni tese a migliorare la gestione degli aspetti ritenuti rilevanti (efficacia, qualità delle cure, efficienza, economicità);
- ✓ definire un sistema informativo capace di produrre dati precisi, completi e tempestivi;
- ✓ diffondere a tutti i livelli della struttura le necessarie conoscenze finalizzate ad incentivare la disponibilità delle risorse umane;
- ✓ sviluppare un sistema adeguato di gestione delle competenze.

Un processo di miglioramento così definito si presenta abbastanza complesso e, pertanto, richiede un adeguato tempo per la sua implementazione.

4.1 Le problematiche specifiche

Le riforme avviate con il D.Lgs 517/99 per una graduale trasformazione delle Aziende ospedaliero universitarie avrebbero dovuto comportare significativi cambiamenti a livello organizzativo. I Dipartimenti Assistenziali (DAS) avrebbero dovuto rappresentare una soluzione organizzativa finalizzata a migliorare la qualità dei servizi offerti, rinforzando il livello di integrazione dei processi assistenziali e tra questi e le attività di ricerca e didattica. Alla luce degli insoddisfacenti risultati conseguiti dalla sperimentazione introdotta dal D.Lgs. 517/99 e finalizzata alla definizione di un modello unico di gestione delle aziende ospedaliero universitarie ed in considerazione degli accordi Università Federico II/Regione Campania che hanno prorogato la validità delle regole che presiedono ai rapporti tra Università, Regione ed AOU, si impone un triplice ordine di problemi:

1. come assicurare **“il miglior livello di sopravvivenza”** in funzione della permanente coerenza dei vincoli posti dal Piano di rientro (blocco parziale turn over, riduzione costi di produzione, etc.) e del rinvio della risoluzione di alcuni nodi strutturali nel rapporto Università/Regione/AOU (collocazione univoca del personale non docente operante presso l'AOU, definizione dei meccanismi di copertura finanziaria per il reintegro dell'organico, etc.); come garantire, quindi, le condizioni di sopravvivenza, al fine di non ridurre l'attuale capacità di offerta;
2. come garantire **“il miglior livello di efficienza”** della macchina organizzativa in termini di funzionalità, sicurezza, manutenzione del patrimonio strutturale, impiantistico, tecnologico, ecc. dell'azienda; come introdurre, quindi, nella macchina organizzativa aziendale elementi di razionalizzazione e miglioramento che, a risorse invariate, permettano il conseguimento di migliori livelli di efficacia ed efficienza;
3. come mantenere **“livelli accettabili di coerenza”** tra il perseguimento degli obiettivi di cui ai punti a) e b) e la realizzazione di un piano strategico di rilancio e sviluppo aziendale; come elaborare, quindi, un piano strategico di sviluppo che, pur essendo fortemente condizionato da elementi di contesto non governabili a livello aziendale (a breve termine le “sofferenze” imposte dal piano di rientro dal deficit sanitario ed a medio termine le paventate conseguenze di una ipotetica applicazione radicale del federalismo fiscale), consenta di individuare una prospettiva di sviluppo condiviso.

4.1.2 Le linee strategiche della ricerca

La realizzazione delle finalità descritte nel paragrafo precedente si è tradotta nella produzione di linee di ricerca volte all'individuazione di modelli e strumenti per l'avvio e l'implementazione del controllo di gestione nell' A.O.U. Federico II al fine di conseguire obiettivi di maggiore efficienza nella gestione aziendale, in grado di fornire risultati concreti in tempi definiti, che si coniughino con la realizzazione di un disegno strategico di più ampio respiro che garantisca, con il suo completamento, la realizzazione del processo di aziendalizzazione.

In particolare la ricerca è finalizzata a rinvenire gli strumenti ottimali per la pianificazione delle strategie aziendali e la valutazione dei risultati ottenuti, o meglio sia per il coordinamento delle azioni poste in essere al fine di implementare, efficientemente ed efficacemente, le strategie aziendali, sia per monitorare in modo continuo i risultati ottenuti.

Obiettivi generali:

- implementazione strumenti di programmazione e controllo,
- razionalizzazione procedure e flussi,
- condivisione di strumenti di programmazione e controllo a tutti i livelli dell'organizzazione,
- creazione di meccanismi chiari e condivisi di imputazione delle responsabilità,
- affermazione di livelli ottimali di efficienza ed efficacia della macchina organizzativa.

Obiettivi specifici:

- contribuire alla progettazione ed allo sviluppo del sistema di Controllo di Gestione nelle aziende sanitarie,
- supportare l'implementazione della Contabilità Analitica per Centri di Costo,
- sperimentazione di modelli gestionali dei flussi informativi aziendali e del sistema di reporting,
- sperimentare modelli di ribaltamento dei costi comuni,
- progettare il processo di budget in azienda per misurare e valutare in modo puntuale l'attività aziendale e le performances,
- analizzare l'impiego delle risorse a disposizione e i costi sostenuti, per capirne la dinamica e facilitarne il governo,
- implementare modelli per individuare il costo pieno dei centri intermedi in particolare dei blocchi operatori,
- identificare, sperimentare e validare indicatori di misurazione dell'attività.

Si propone, in effetti, di perseguire nell'AOU Federico II l'implementazione di un modello di gestione del cambiamento orientato alla reingegnerizzazione dei flussi informativi, alla progettazione ed implementazione di una contabilità analitica, alla definizione di strumenti di controllo e valutazione, alla diffusione all'interno dell'azienda di una culturale manageriale tesa al miglioramento continuo, secondo lo schema seguente.

Figura n. 4



Il fulcro della ricerca si è indirizzato all'implementazione del sistema di contabilità analitica e la riorganizzazione dei flussi informativi, focalizzando su alcuni momenti cruciali per tutto il processo di implementazione della contabilità analitica:

- la mappatura e ristrutturazione dei flussi informativi,
- l'implementazione del Piano dei Centri di Costo e del Piano dei Fattori Produttivi adottati dall'azienda nel sistema informativo presente in Azienda,
- la determinazione di opportuni criteri di ribaltamento dei costi dai centri comuni e di supporto sui centri finali,
- l'implementazione degli strumenti di valutazione e controllo
- l'attività di reporting e di budgeting, attraverso la progettazione del processo di budget e l'individuazione di appropriati indicatori.

Al di là degli specifici obiettivi, la ricerca ha anche lo scopo di individuare le modalità di coinvolgimento, nel processo di trasformazione, del più elevato numero di operatori in modo da facilitare l'introduzione delle nuove procedure e del nuovo modo di agire nelle normali attività produttive.

Volendo utilizzare i termini dell'informatica si tratta di affermare nel breve-medio periodo una logica di "middleware", perseguendo il miglioramento del modello organizzativo esistente attraverso una esplicitazione e razionalizzazione dei processi e soprattutto una integrazione tra le diverse ed eterogenee soluzioni applicative esistenti. Attraverso capillari interventi di reengineering dei macroprocessi aziendali, non disgiunti da interventi sulla struttura organizzativa, si punta ad assicurare un presidio costante al percorso di cambiamento ed innovazione affinché sia sostenuta un'integrazione non solo informatica ma anche operativa e procedurale dei diversi processi di innovazione organizzativa⁸⁴.

Si punta a fornire agli operatori un robusto supporto metodologico che li affianchi in questo percorso di trasformazione che garantisca, a partire dalla mappatura e reingegnerizzazione dei processi aziendali, la realizzazione:

- di un sistema informativo completamente integrato ed automatizzato;
- di un piano strategico che tenga conto, nel triennio, dei livelli di compatibilità economico-finanziaria e della auspicata ridefinizione delle regole che presiedono ai rapporti tra Università, Regione e AOU;
- dello sviluppo organizzativo dei DAS quali "luoghi" privilegiati per l'affermazione della peculiare mission dei Policlinici: l'integrazione tra didattica, ricerca ed assistenza;
- di sistemi di programmazione e controllo di gestione;
- di percorsi di valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.

⁸⁴ Ascione A., La rete dei sistemi informatici aziendali come supporto all'implementazione del Controllo interno di Gestione, Università Commerciale "Luigi Bocconi" Milano, 1999.

4.2 La rete dei sistemi informativi aziendali come supporto all'implementazione del controllo interno di gestione

La progettazione di un Sistema di Controllo di Gestione adeguato al contesto ed alle esigenze dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II non può prescindere da un'analisi delle infrastrutture informatiche esistenti. La corretta alimentazione del sistema di Contabilità Analitica è, infatti, requisito indispensabile per una puntuale misurazione dell'attività aziendale e delle performance, per una utile analisi sull'impiego delle risorse a disposizione e dei costi sostenuti oltre che per capirne la dinamica e facilitarne il governo. Per quanto già descritto nel III capitolo, l'A.O.U. Federico II di Napoli, emerge come centro d'eccellenza regionale per numerose sue attività, ma spesso diventa difficile testimoniare nei fatti per mancanza o ritardo nella disponibilità dei dati che lo attestano. Nei modi più disparati i vertici aziendali cercano di far fronte alla carenza e di correggere i flussi informativi, riuscendo nel tempo a creare dei canali diretti con le singole specialità per cogliere gli aspetti economici e sanitari rilevanti; il risultato ha generato dei flussi spot, che non rientrano in un disegno omogeneo centralizzato e che generano necessità di controlli continui sui dati per timore di bassa attendibilità e con la fatica degli operatori che ben si può immaginare.

Un elemento indispensabile per implementare un sistema di contabilità analitica è l'esistenza di procedure informatiche in grado di alimentare il nuovo sistema. Le esigenze informative impongono non solo una tempestiva disponibilità del dato, ma anche una chiara tracciabilità e attendibilità della fonte⁸⁵.

L'analisi parte da una ricognizione delle infrastrutture informatiche presenti e del livello di utilizzo delle stesse.

Questa fase di lavoro preparatorio ha evidenziato quanto sia complessa la situazione: coesistono, all'interno, due realtà fortemente eterogenee, quella di struttura erogatrice di servizi per il SSN e la componente universitaria di ente per la formazione e la ricerca in campo medico. I due caratteri incidono fortemente sul grado di disaggregazione del

⁸⁵ Triassi M., Il management in sanità – Le sperimentazioni organizzativo gestionali, Ediz. SEU, Roma, 2008.

sistema e la componente universitaria e di ricerca assorbe numerose risorse senza generare ricavi proporzionali e comunque difficilmente quantificabili o attribuibili ai settori di competenza. Queste difficoltà sono acuite dal fatto che l'azienda solo recentemente ha impostato procedure operative totalmente indipendenti dall'Università.

Un ulteriore ostacolo è costituito dalla conformazione delle strutture degli edifici che oltre che essere divisi e distanti l'uno dall'altro spesso ospitano frammenti di uno stesso dipartimento assistenziale o di diversi dipartimenti a distanze enormi non considerando che le esigenze dell'attività integrata richiederebbero una vicinanza anche fisica.

Tutto ciò comporta tempi lunghi di comunicazione con conseguente perdita di attendibilità dell'informazione.

L'informatizzazione in un ambiente così disaggregato non è quindi avvenuta a livello centrale con un piano omogeneo ed integrato, ma in tempi e modalità differenti tra i singoli DAS i quali hanno adottato strumenti informatici autonomi e sviluppati unicamente per innovare la propria specifica attività.

Si sono così implementati di volta in volta applicativi che, in un ottica sistemica unitaria, causano enormi difficoltà di interfaccia generando un sistema che, anche all'interno degli stessi dipartimenti, viaggia a velocità differenti: coesistono aree completamente informatizzate ed altre estremamente povere di informatizzazione, causando evidenti problematiche a livello di confluenza e attendibilità del dato verso le direzioni.

E' doveroso, allora, sottolineare che il modello organizzativo fortemente divisionalizzato, la carenza di strumenti informatici diffusi nell'organizzazione e la relativa immaturità dei sistemi di rilevazione contabile attualmente esistenti nell'Azienda rendono complessa l'implementazione di contabilità e nello stesso tempo la necessità di orientare gli obiettivi puntando ad una contabilità per centri di costo piuttosto che basata sulle attività, che richiede un sistema più integrato ed avanzato.

Affinché tale modello di contabilità analitica per centri di costo risulti efficace ed efficiente è necessario dotarsi in primo luogo di una metodologia appropriata che disponga di:

- un piano dei centri di responsabilità che consenta una responsabilizzazione ed un'agevole allocazione dei costi;

- un piano dei costi di contabilità analitica adeguato alle esigenze informative dell'azienda sanitaria e integrato con il piano dei conti della contabilità generale;
- dei criteri di ribaltamento dei costi che identifichino specifici driver per l'allocazione dei costi indiretti ai centri finali;
- delle procedure di riconciliazione tra i dati della contabilità generale e i dati della contabilità analitica.

Secondo prerequisito è la dotazione di un sistema di informazione accurato, inteso come l'insieme delle procedure operative e dei sistemi di controllo in grado di catturare, processare e consuntivare le informazioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi aziendali oltre che assicurare che le informazioni a disposizione dell'azienda siano complete, accurate e tempestive.

Quindi dovrà sussistere un sistema di comunicazione aziendale adeguato, inteso come la capacità di comunicare adeguatamente le informazioni all'interno ed all'esterno dell'azienda mettendole a disposizione delle persone giuste, al momento giusto e con un adeguato livello di sintesi.

La corretta gestione delle informazioni:

- consente di avere una conoscenza approfondita dell'ambiente interno ed esterno dell'azienda;
- supporta la pianificazione degli obiettivi;
- supporta le decisioni da intraprendere per raggiungere gli obiettivi prestabiliti;
- permette di rilevare e controllare l'andamento della gestione aziendale rispetto agli obiettivi prefissati e di correggere eventuali errori⁸⁶.

a) La mappatura dei flussi informativi: criticità e problematiche evidenziate

L'attività di programmazione e controllo di gestione si avvale dei dati forniti dalle varie unità operative (assistenziali e amministrative) che, successivamente elaborati, danno vita

⁸⁶ Santoro E., Web 2.0 e Medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, Napoli, 2009.

a flussi informativi indispensabili per l'elaborazione di informazioni ai fini del supporto alla direzione aziendale per la guida ed il governo dell'azienda stessa⁸⁷.

Un aspetto, tanto delicato quanto decisivo, è proprio quello relativo alla mappatura dei flussi informativi necessari per alimentare la contabilità analitica. Nel contesto dell'AOU Federico II si rilevano i flussi relativi ai beni Sanitari (farmaci, dispositivi farmaceutici e diagnostici), beni economici, macchinari (quindi ammortamenti sia di apparecchiature sanitarie che di altro genere), servizi (sia acquisiti da unità interne all'AOU Federico II che da strutture esterne), prestazione offerte ad unità interne ovvero esterne, dati relativi alle SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) ed il flusso del Personale. Il percorso di tali flussi dovrebbe permettere di tracciare il consumo delle risorse ovvero della produzione per ogni centro di costo di rilevazione.

Si è, pertanto, proceduto alla mappatura dei flussi informativi aziendali: nell'allegato 2 vengono descritti i sistemi informativi attivati. Per poter condurre in maniera quanto più obiettiva e specifica la fase di mappatura dei software è stata predisposta una scheda con poche ed indicative domande indispensabili per le finalità dell'indagine il cui dettaglio è riportato in allegato (Allegato 2).

SOFTWARE e Softwarehouse	Caratteristiche del Software	DAS o servizi che utilizzano il software	Connessione al Network	PRESTAZIONI che vengono gestite dal software	TEMPISTICA CARICAMENTO DATI	TEMPISTICA TRASMISSIONE DATI	REFERENTI E UTILIZZATORI

Tabella 13 – Scheda intervista per mappatura e definizione software

E' stato così possibile ricostruire la mappatura dei software e dei flussi informativi nella AOU. Ad ogni softwarehouse è stato attribuito un colore differente per distinguerle ed evidenziare le necessarie connessioni tra loro per interfacciare i diversi sistemi (figura 5).

⁸⁷ Ascione A., La rete dei sistemi informatici aziendali come supporto all'implementazione del Controllo interno di Gestione, Università Commerciale "Luigi Bocconi" Milano, 1999.

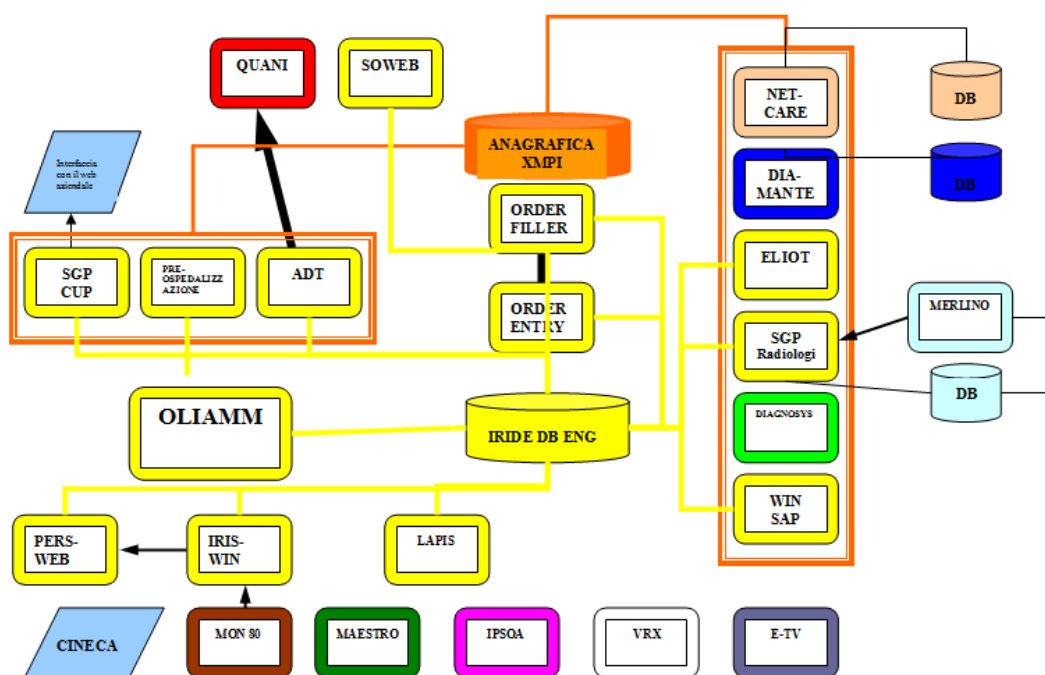


Figura 5 – Mappatura software aziendale

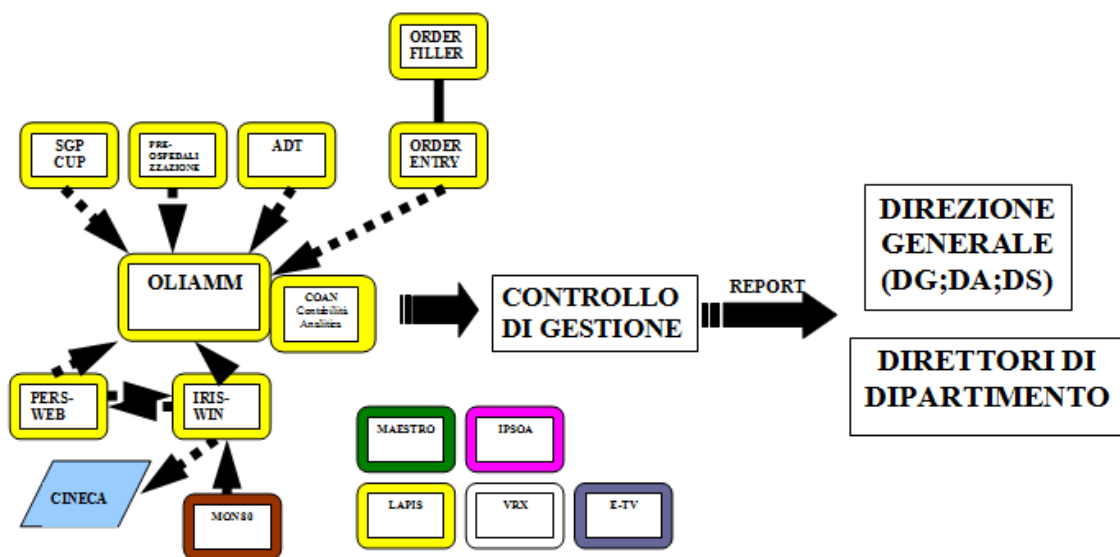


Figura 6 – Sistema potenzialmente integrato

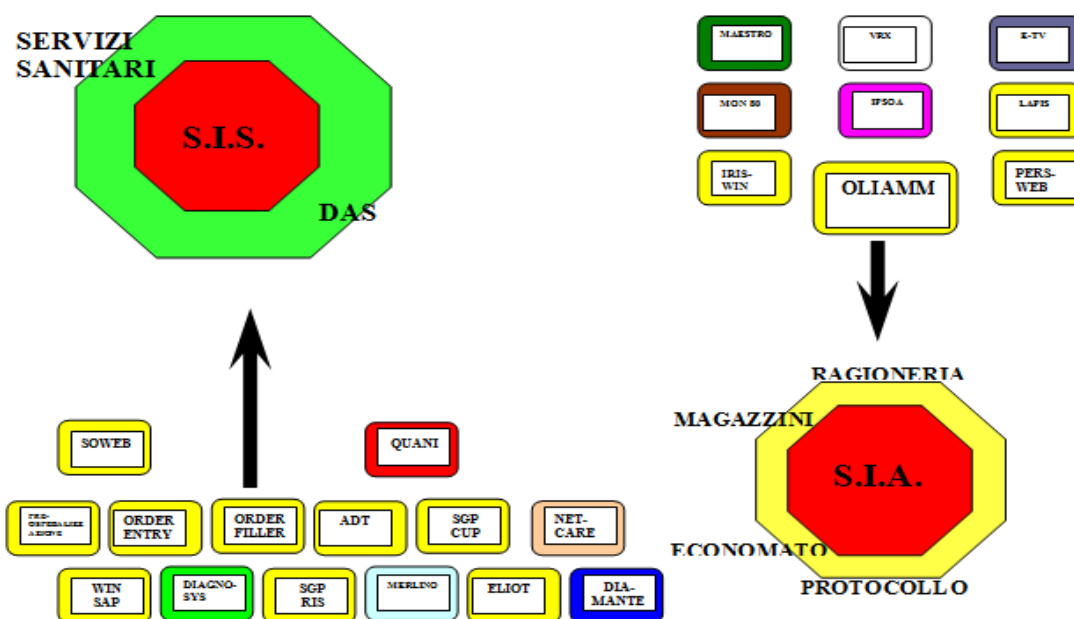


Figura 7 – Localizzazione dei software in azienda nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario (S.I.S.) e del Sistema Informativo Amministrativo (S.I.A.)

L'indagine svolta ha fatto emergere numerosi aspetti su cui apportare i necessari correttivi ed adottare le azioni operative per implementarli.

Per quanto concerne i sistemi per la gestione delle relazioni tra i vari DAS e dei flussi informativi, l'indagine ha riguardato, quindi, la ricognizione sulla capacità dei software utilizzati all'interno della Azienda Universitaria di alimentare correttamente OLIAMM (il software che si prevede di utilizzare per la contabilità analitica).

Una criticità rilevante è, in primo luogo, la non connessione tra i diversi software di cui l'azienda si avvale per la gestione dei diversi aspetti delle attività svolte: dagli approvvigionamenti, all'analisi della SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera), dalla gestione delle prestazioni ambulatoriali alla gestione del personale. Un esempio emblematico è evidenziato dal difficile dialogo tra il software che gestisce le SDO (utilizzato dal Sistema Informatico Sanitario) e il software che gestisce le risorse, quali beni sanitari, economici, i cespiti (utilizzato dal Sistema Informatico Amministrativo). Attualmente la Direzione Sanitaria utilizza principalmente il software Quany per le elaborazioni delle informazioni in merito alle SDO. Le informazioni provenienti dalle SDO sono presenti sia in Quany che nel software denominato "ADT"; tali informazioni, una volta

visionate e corrette, sono caricate solo su Quany. Di contro, il Sistema Informatico Amministrativo si avvale di OLIAMM, software dell'Engineering per la rilevazione, gestione ed archiviazione di tutte le informazioni rilevanti sia per la contabilità generale che per la contabilità analitica. OLIAMM comunica con il software ADT (sempre dell'Engineering) ma non con il Quany, su cui sono caricati i dati sanitari corretti, il che comporta perdita di informazioni utili per valutare la produttività dei centri di costo.

Si è evidenziata, inoltre, la necessità di tenere monitorato il flusso delle prestazioni intermedie (diagnostica per immagini, medicina di laboratorio, anatomia patologica, immunoematologia e medicina trasfusionale, anestesia, patologia clinica) implementando l'uso del Software SGP e Order Entry/Filler, come registro automatico delle prestazioni e canalizzatore di flussi di dati significativi verso la direzione amministrativa e sanitaria. Per disciplinare al meglio gli accessi e le informazioni relative è ulteriormente imprescindibile rendere pienamente operativo il CUP (Centro Unico Prenotazioni).

Altro tassello fondamentale nella tenuta dei flussi informativi è costituito dal censimento delle apparecchiature a disposizione dei dipartimenti: ciò al fine precipuo di implementare la banca dati cespiti di Oliamm ed aggiornare in maniera completa e tempestiva tutti i dati delle procedure amministrative.

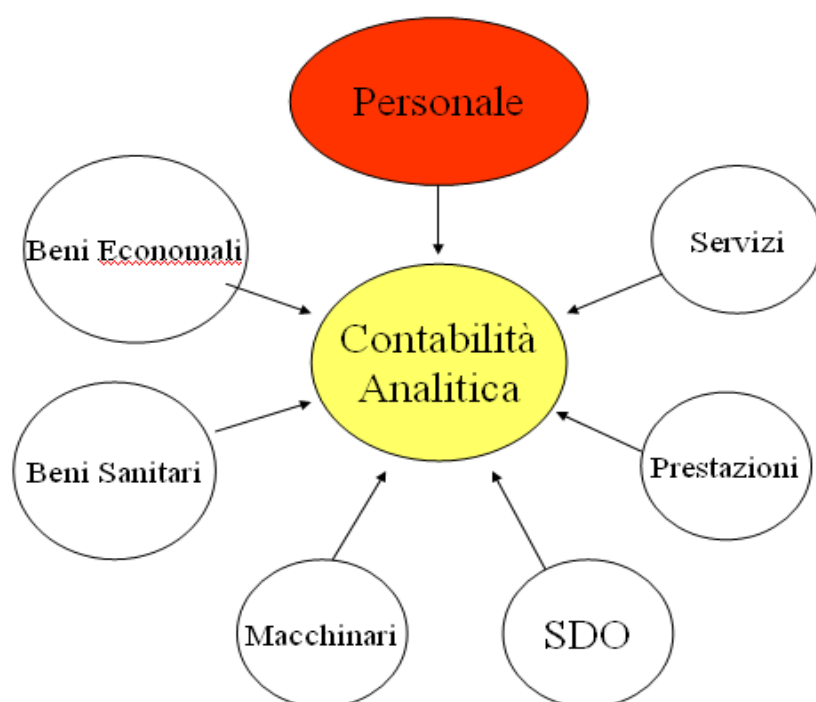
b) i flussi informativi sulla gestione economica e giuridica del personale

Il costo del Personale, nelle Aziende Sanitarie, costituisce la maggior voce di spesa tra quelli di diretta produzione dei DAS. La classificazione tradizionale dei costi del personale è impostata secondo la suddivisione in ruoli (sanitario, professionale, tecnico e amministrativo), prevista dal DPR 761/79.

Si rende opportuno che comunque le Aziende sanitarie siano in condizione, contestualmente, di poter calcolare all'interno di ciascun ruolo anche i costi delle diverse aree contrattuali (Dirigenza medica; Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa; Comparto sanitario, professionale, tecnico e amministrativo). Dopo aver strutturato l'impianto per la Contabilità Analitica (Centri di Costo e Fattori Produttivi) è necessaria l'analisi e l'eventuale riprogettazione del flusso informativo della voce

Personale che renda disponibile, e nella forma desiderata, le informazioni necessarie. L'obiettivo principale è procedere alla collocazione anagrafica del personale in relazione ai cdc allineando le procedure (software) in funzione ai cdc sistema di elaborazione degli stipendi, interfacciare i sistemi operativi di rilevazione presenze con il gestore della COAN aziendale, al fine di ottenere non solo il costo e il numero dei dipendenti per centri di costo, ma anche il numero di assenze complessive per poter estrarre tutte le informazioni su orari, turni, presenze, indennità, ecc., su base mensile, trimestrale o infra-annuale.

Figura 8: i dati del personale tra i flussi informativi che alimentano la Co.An.



Come rilevato in precedenza, il personale ad oggi in servizio presso l'azienda conta 2728 unità; per la quasi totalità "gestite" tramite il software CINECA (in dotazione all'Università in cui confluiscono i dati sulle retribuzioni del personale), una minima percentuale, circa il 7% risulta completamente a carico dell'Azienda (assunti, gestiti tramite software IrisWin e pagati).

Tabella 14

Tipologia contrattuale	Personale 2007	Personale 2008	Personale 2009	Personale I Sem. 2010
Servizio sanitario Regionale	93	135	151	169
Universitario	2890	2750	2515	2429
Convenzionato	119	126	128	130
Totale	3102	3011	2794	2728

Nell'ambito di ciascun ruolo occorre individuare i costi distinti per competenze fisse e accessorie, con particolare riguardo per queste ultime, gli oneri per le prestazioni di lavoro straordinario, per le varie indennità, per le incentivazioni alla produttività, gli oneri sociali e i costi relativi all'attività libero-professionale liquidata al personale che l'ha effettuata⁸⁸. Inoltre vanno inseriti i costi che derivano direttamente o indirettamente dai rapporti di lavoro (indennità di preavviso, liquidazioni di equo indennizzo per riconoscimento di cause di servizio, rimborsi per missioni, aggiornamenti professionali, ecc.).

I Software che gestiscono i dati del personale sono:

- Iriswin è un software per la gestione delle risorse umane e consente contemporaneamente la gestione giuridica ed economica del personale. Si interfaccia col software MON80 che gestisce gli orologi-marcatori, grazie al quale registra i dati relativi alle presenze- assenze (profili orari, straordinari, indennità, etc.), elementi che concorrono alla composizione dello stipendio di ogni singolo dipendente. In futuro dovrà convogliare tutti i dati in Persweb per la gestione del personale; tale strumento è accessibile in tempo reale a tutti gli utenti abilitati, in particolare il S.I.A.(Servizio Informatico Amministrativo), il Servizio Gestione Economica e Finanziaria ed è fruibile soprattutto dalla "periferia" aziendale cioè dagli addetti amministrativi di ogni singolo D.A.S. .
- MON80 è il software per la gestione degli orologi marcatori (65 montati in tutto il Policlinico), da cui si estraggono le informazioni relative a presenze, turni di servizio, di reperibilità, straordinari, etc.
- Persweb è un software per la determinazione delle paghe dei dipendenti, conteggio stipendi, pianta organica, presenze, etc. Attualmente gestisce solo le retribuzioni relative ai dipendenti assunti, gestiti, quindi completamente a carico dell'Azienda

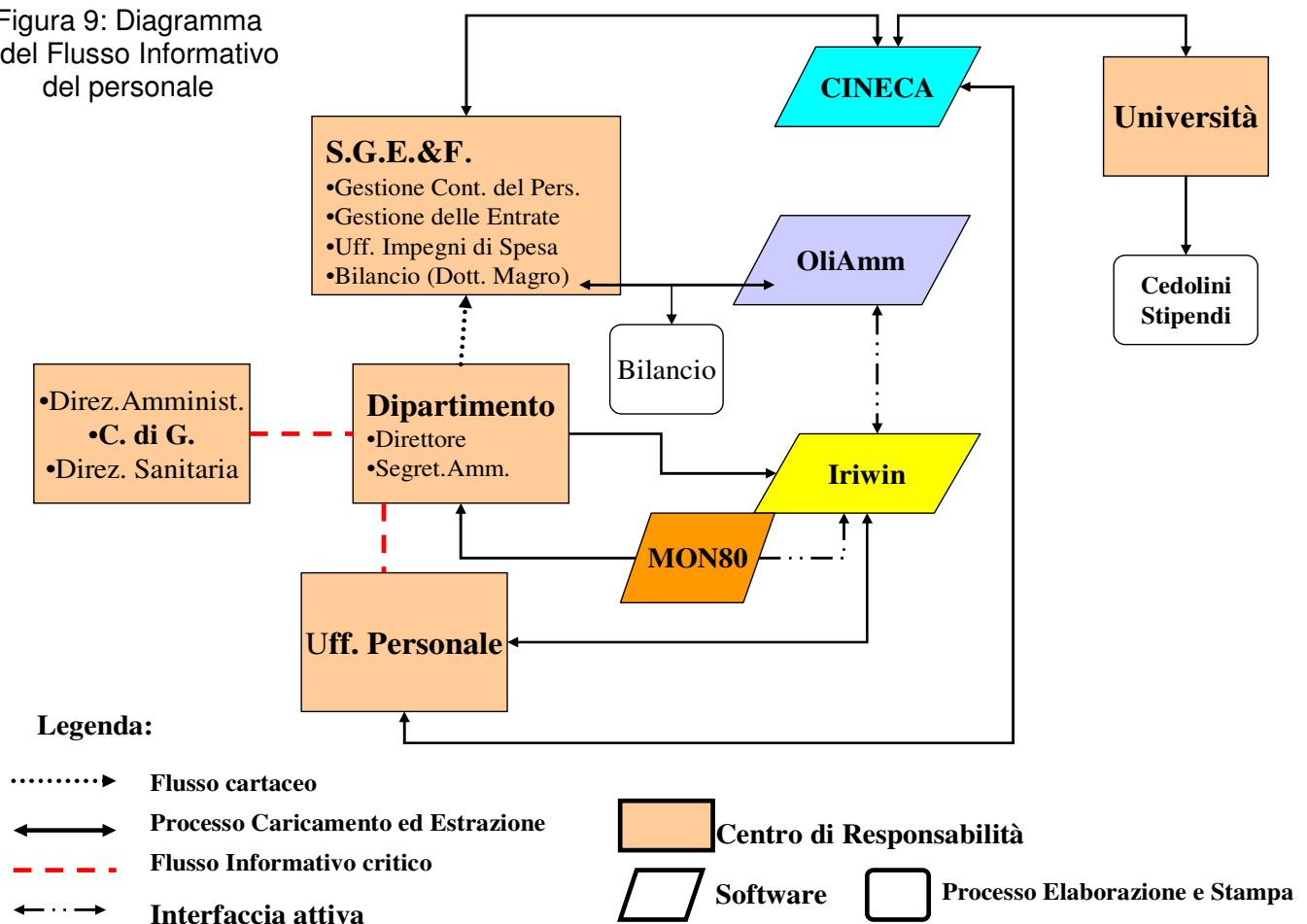
⁸⁸

La paga del dipendente dell'Azienda si compone di più voci: stipendio base, indennità accessorie (fisse - cioè corrisposte mensilmente secondo Inquadramento, Qualifiche, Incarichi, Rischi, etc.- e variabili - lavoro straordinario; retribuzione di risultato; indennità di reperibilità etc. Lo stipendio base è corrisposto dall'Università, questo per la quasi totalità del personale, al quale l'Azienda aggiunge una quota integrativa (D.P.R 761/79, "Indennità DeMaria") che equipara la retribuzione, a seconda dei Ruoli e le Aree Contrattuali Nazionali, a quella di una qualsiasi altra Azienda Sanitaria. L'Ufficio del Personale applica e "sviluppa" il D.P.R 761/79, in cui è precisato, in base agli opportuni parametri, l'importo monetario spettante al singolo dipendente; l'Ufficio Ragioneria ne prende atto e "mette a Ruolo" cioè attribuisce la quota comunicata. La stessa procedura si applica per l'affidamento degli incarichi dei singoli dipendenti in base a cui sono attribuite le varie Indennità. I Compensi Accessori Fissi vengono corrisposti sulla scorta di singoli provvedimenti dell'Ufficio Personale presi una tantum, in caso di assunzione o eventuali modifiche in caso di variazioni di fascia contrattuale o stati di servizio. I Compensi Accessori Variabili vengono registrati su fogli excel e poi inseriti in maniera automatica su CINECA dai vari uffici interni al Servizio Gestione Economico-Finanziaria -G.E.F. - per ogni dipendente; successivamente, vengono elaborati tramite software CINECA, ed usati per la compilazione dei cedolini-paga. Sono gli amministrativi dei dipartimenti ad estrarre dal software MON80 le informazioni relative a presenze, turni di servizio, di reperibilità, straordinari, verificando i possibili errori di dati rilevati dai marcatori (doppia marcatura, marca non smarca ecc.). Tali dati servono a compilare le schede da inviare, in formato cartaceo, al Servizio -G.E.F. per il calcolo del monte stipendio di ogni dipendente; gli stessi dati (a dir la verità sporchi e poco significativi per il personale) vengono direttamente caricati su Iriswin ad uso dell'Ufficio del Personale. Una volta elaborato lo stipendio, i dati vengono inviati all'Ufficio Ragioneria dell'Università degli Studi Federico II che stampa i cedolini stipendi e li spedisce di nuovo all'AOU in via Pansini al centro smistamento postale interno. I cedolini vengono qui smistati alle varie strutture per essere ritirati dai dipendenti.

(percentuale minima 1-2% dell'organico totale del Policlinico) ma in futuro può configurarsi come gestore unico delle paghe in considerazione anche del passaggio, in organico all'Azienda di tutto il personale; è nelle potenzialità del software la possibilità di comunicare e quindi trasmettere le informazioni economicamente rilevanti direttamente ai moduli di Co.Ge. e Co.An. di Oliamm; è inoltre accessibile ed utilizzabile dal Servizio Gestione Economica e Finanziaria e dagli operatori nel Ruolo Amministrativo dei DAS.

- **OliAmm** , software dell'Engineering per la rilevazione, gestione ed archiviazione di tutte le informazioni rilevanti sia per la contabilità generale che per la contabilità analitica, attualmente utilizzato dalla Direzione Generale e Amministrativa, dalla Farmacia Centralizzata, dall'Ufficio Acquisti, dall'Economo e dalla Ragioneria.
- **CINECA**, che non è un vero e proprio software, a disposizione dell'azienda, ma un accesso ad un indirizzo IP e di consultazione sul Web. E' in dotazione all'Università ed in esso confluiscono tutti i dati relativi al personale e alle retribuzioni e consente estrazioni per possibili elaborazioni e reportistiche.

Figura 9: Diagramma del Flusso Informativo del personale



L'anagrafica fornita dal Servizio G.E.F. da CINECA divide i dipendenti tra gli otto (8) Ruoli Paga (Ruolo Sanitario, Tecnico, Amministrativo, Dirigenza Sanitaria, Tecnica, Amministrativa, Professionale e Medica), inoltre le afferenze sono a Strutture la cui descrizione e codici di riferimento differiscono dalla codifica utilizzata dal software Iriswin e quindi dall'Ufficio del Personale.

L'anagrafica del personale fornita dall'Ufficio del Personale da Iriswin è data per matricola, nome e cognome, Dipartimento e Settore (Area Funzionale) d'afferenza con relativi codici, qualifica, fascia contrattuale e ruolo di inquadramento, codice fiscale ed eventuale incarico di ogni dipendente. In particolare va sottolineato il fatto che la codifica dei Dipartimenti ed Aree Funzionali è fatta sulla scorta dell'Ufficio Statistico Sanitario Nazionale e che tali codici sono differenti da quelli dei Centri di Costo registrati in OliAmm.

Il percorso del flusso informativo relativo al trattamento economico del Personale risente della situazione del sistema informatico; l'apparente dicotomia CINECA-Iriswin crea da un lato duplicazioni di registrazioni, dall'altro carenze nelle concrete possibilità di verifica delle voci stipendiali dei dipendenti. Il problema maggiore sta nella diversa codifica dei Centri di Costo e relative Aree Funzionali nei software precedentemente citati da quella utilizzata in OliAmm che è il software alla base dell'implementazione della Contabilità Analitica.

Il principale problema rilevato è la difficoltà di sapere con rapidità e precisione "chi sta dove"; ufficialmente il personale appartiene al Dipartimento e non alle Aree Funzionali, aggiungendo il fatto che alcune Aree Funzionali sono dislocate in più edifici, nasce così la difficile attribuzione del Personale ai vari Centri di Costo.

Secondo l'anagrafica fornita dall'Ufficio del Personale, nella maggior parte dei casi, buona parte dell'organico in dotazione ai vari Dipartimenti afferisce al centro di Costo Comune del D.A.S.. In molti casi alle Aree Funzionali individuate e codificate afferisce un solo elemento (Medico Dirigente).

c) Le azioni

Dopo la fase ricognitiva si è passati a definire quali fossero le azioni necessarie per superare le criticità riscontrate nei collegamenti tra i flussi informativi esistenti al fine di implementare il sistema di controllo di gestione nell'azienda, individuando, in relazione alle

diverse attività di realizzare, le macrofasi e relative sottofasi operative⁸⁹. Per ogni fase di lavoro è stata individuata l'attività specifica, formalizzando obiettivi, responsabili, collaboratori e tempistiche necessarie:

1) Determinazione del piano dei centri di costo/responsabilità sui DAS: i centri costo individuati, come indicato nell'allegato 1, sono codificati con codici numerici che ne consentono il riferimento di afferenza dipartimentale in coerenza con le specifiche indicazione e direttive regionali,⁹⁰ adottate in attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario.

2) Inserimento nuovo piano dei centri di costo in procedura OLIAMM;

3) Collegamento piano dei fattori produttivi della contabilità analitica ai rispettivi conti del piano dei conti stabilito dalla Regione Campania, ciò al fine di avere una quadratura tra la contabilità generale e la contabilità analitica;

4) Revisione vecchi codici di associazione dipendente-struttura;

5) Inserimento flusso del personale in OLIAMM ;

6) Collegamento sistema OLIAMM del personale a totale carico dell'azienda gestito dalla procedura Persweb ;

7) Inserimento in OLIAMM contrattisti e consulenti convenzionati (associare i contrattisti e i consulenti convenzionati alle strutture presso cui forniscono prestazioni al fine di ricondurre il costo al centro di costo corrispondente del reparto/dipartimento);

8) Collegamento dei dati delle attività di RO, DH, DS con OLIAMM dal software Quany che gestisce i dati sulle attività;

⁸⁹ De Togni C., La progettazione in ambito socio-sanitario, 2005, Verona.

⁹⁰ Regione Campania, Supporto all'implementazione di procedure contabili e gestionali - Linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità - Decreto Commissariale n.14/10, pp.43 e ss.

9) Collegamento dati di prestazioni ambulatoriali con OLIAMM dai software che gestiscono i dati di attività in regime ambulatoriale;

10) Collegamento dei dati di prestazioni intermedie dai software che gestiscono i dati di attività dei servizi intermedi: immunoematologia, medicina di laboratorio, patologia clinica, diagnostica per immagini, anatomia patologica e citopatologia, Servizi di anestesia;

11) Individuazione e inserimento in OLIAMM dei criteri di ribaltamento costi comuni: tale attività consiste nell'individuare dei criteri (driver) per imputare quota parte dei costi comuni ai rispettivi codici di centro di costo associati ai reparti/dipartimenti che utilizzano le risorse comuni;

12) Implementazione del piano dei reports delle attività dei DAS: con l'allineamento e la convergenza dei flussi informativi realizzato nelle fasi sopra descritte, il sistema di reporting che si ha l'obiettivo di avviare, in attesa dell'implementazione di un sistema di dataware house aziendale, viene a rilevare con cadenza mensile e trimestrale, mediante individuati e validati indicatori, i dati di produzione e efficienza dei DAS rapportandoli in relazione agli obiettivi strategici programmati;

13) Progettazione del processo di budget: modellizzazione ed articolazione nel sistema aziendale.

La programmazione e l'implementazione delle fasi, sopra descritte, sono state portate avanti dal Controllo interno di Gestione, con il supporto della Direzione Sanitaria, del Servizio G.E.F. e dei Servizi Informatici Amministrativo e Sanitario (S.I.A. e S.I.S.).

Per quanto riguarda il collegamento dei dati di prestazioni ambulatoriali con OLIAMM ed il collegamento dei dati di prestazioni intermedie con OLIAMM, si rileva che l'obiettivo ancora da realizzare consiste nel far confluire in OLIAMM i dati normalmente inviati dai centri intermedi alla Direzione Sanitaria per le utilità di statistica.

Nei successivi paragrafi si procede ad uno specifico e più approfondito livello di analisi per le attività di:

- collegamento del piano dei fattori produttivi della contabilità analitica al piano dei conti, stabilito dalla Regione Campani;
- determinazione dei driver di ribaltamento dei costi comuni;

- implementazione del piano dei reports aziendali;
- progettazione del processo di budget.

4.3 La quadratura della contabilità analitica con la contabilità generale per analizzare l'assorbimento di risorse per linea di attività

Il collegamento del piano dei fattori produttivi della contabilità analitica ai rispettivi conti del piano dei conti stabilito dalla Regione Campania, di cui all'azione 3 sopra indicata, ha consentito di sperimentare un tentativo di quadratura tra la contabilità generale e la contabilità analitica per linea di attività.

Al fine di analizzare la molteplicità delle diverse linee di produzione attivate all'interno dell'azienda, per le quali si rinvia al capitolo 3, si è rivelato efficace l'utilizzo di una rappresentazione a matrice che pone in evidenza come le diverse attività svolte assorbono i fattori produttivi, quantificati in termini monetari.

I fattori produttivi, individuati dal piano dei fattori produttivi adottato dall'azienda, sono stati suddivisi per macro categorie e rapportati ai correlativi totali di costo del piano dei costi aziendale, adottato sempre in ossequio agli schemi indicati dalla Regione Campania, conciliato con il piano dei conti approvato dalla Regione.

La descritta analisi è stata effettuata avendo come campo d'osservazione l'esercizio 2008, disponendo per tale periodo di dati economici consolidati alla data di avvio della ricerca.

La matrice rappresenta, in particolare, l'assorbimento dei fattori produttivi, tra le diverse linee di attività svolte assistenziali (di RO, DH/DS ed ambulatoriale) didattiche e di ricerca, evidenza rapportandolo in percentuale al totale:

- l'incidenza dello svolgimento delle attività di didattica e di ricerca sull'ordinario svolgimento delle attività assistenziali;
- i riflessi clinici ed organizzativi connessi all'attività di distribuzione dei farmaci di fascia H ed oncologici ad alto costo;
- l'incidenza delle attività diagnostico-terapeutiche erogate in favore dei pazienti della SUN;
- l'incidenza dell'attività assistenziale riconducibile ai centri di riferimento regionale.

Tabella 15

Totale AOU Federico II

La tabella a matrice indica:

a) Sulle colonne i costi per “linea” di attività :

Le attività Ordinarie: sono le attività di Assistenza ai pazienti in regime di Ricovero Ordinario, Day Hospital, Day surgery. Nell’ambito delle attività di assistenza vengono distinte quelle svolte dai Centri di Riferimento regionale, specificamente individuati dalla Regione per trattare specifiche patologie.

Le attività di Ricerca e Didattica: sono le attività che riguardano l’insegnamento durante il normale svolgimento delle attività. Come previsto ai sensi del D.Lgs. 517 del 21 dicembre 1999 e correlativi decreti interministeriali applicativi, queste attività incidono sui costi delle attività assistenziali nella misura del’8%⁹¹.

Le attività di distribuzione dei farmaci di fascia H: riguardano le attività che il Policlinico svolge per conto della Regione riguardo la somministrazione di farmaci di esclusivo uso ospedaliero, e che pertanto non possono essere venduti ai cittadini dalle farmacie aperte al pubblico, ma possono solo essere utilizzati in ospedale o essere distribuiti dalle Aziende Sanitarie Regionali (ASL - Aziende Sanitarie Locali- e AO - Aziende Ospedaliere). Per questa tipologia di farmaco è previsto il rimborso di una quota del costo dei soli farmaci erogati (nel 2008 corrispondente all’80%, a partire dal 2009 fissato al 60%). Tuttavia questa attività genera comunque altri costi oltre a quella del costo del farmaco, che non sono rimborsati.

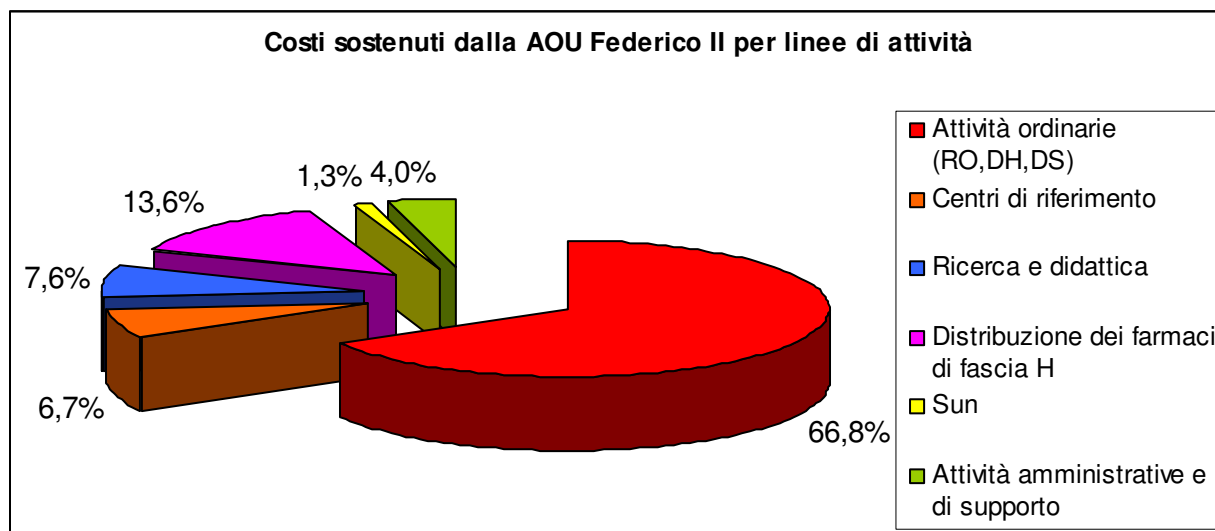
Le attività per la SUN: La Seconda Università di Napoli si avvale dei servizi del II Policlinico per i propri pazienti. Al pari delle prestazioni per gli “interni” queste attività generano costi, ristorati in maniera ridotta rispetto al normale tariffario regionale in base ad una convenzione tra le due AOU.

Le attività amministrative e di supporto: sono le attività svolte per il normale funzionamento del policlinico: Direzione Amministrativa, Direzione Generale, Direzione

⁹¹ Il valore indicato in scheda scende spesso sotto l’8% in quanto il rapporto indicato riguarda il totale delle attività includendo quelle di “amministrazione e supporto”.

Sanitaria, Servizio del Personale, Servizio Gestione Economico Finanziaria, Economato.

Grafico 8



b) Sulle righe i costi per “fattore produttivo”:

Costo del personale

Le *attività ordinarie* e quella dei *centri di riferimento*, nella realtà dei fatti, si confondono e difficilmente si possono scindere. Tuttavia si è stimato il “peso” del singolo centro di riferimento, in base ai consumi di farmaci, intorno al 2% sul totale del proprio dipartimento. Il costo del personale per le *attività di didattica e ricerca*: come previsto ai sensi del D.Lgs. 517 del 21 dicembre 1999 e correlativi decreti interministeriali applicativi, queste attività incidono sui costi delle attività assistenziali nella misura del 8%⁹².

Il costo del personale per l'area di attività di distribuzione dei *farmaci di fascia H* è stato stimato utilizzando come valore di indice “1/5” della % del costo farmaci di fascia H (ad esempio se il consumo dei farmaci di fascia H è pari al 50% del consumo farmaci, allora il costo del personale è pari al 10% del costo totale del personale).

Il costo del personale per le *attività di amministrazione e di supporto* è ottenuto direttamente dai conti che riguardano il costo del personale dirigenziale e di comparto amministrativo.

⁹² Il valore indicato in scheda scende spesso sotto l'8% in quanto il rapporto indicato riguarda il totale delle attività includendo quelle di “amministrazione e supporto”.

Il costo del personale per le *attività svolte per la SUN* è ottenuto considerando una precedente indagine il cui risultato ha indicato l'incidenza delle attività Sun rispetto a quella dei dipartimenti che svolgono attività per essa.

Costo dei farmaci ed il costo dei presidi

Il costo dei farmaci e la sua ripartizione tra le linee di attività si può definire sufficientemente preciso in quanto gli strumenti di contabilità registrano il valore dei farmaci sia do fascia H e che normali, oltre che i presidi erogati ad ogni centro di costo del policlinico.

Anche in questo caso è considerato come valore default 8% di assorbimento dell'area di didattica e ricerca

L'unica stima fatta su farmaci e presidi riguarda il costo sostenuto per *attività in favore della SUN* Per quest'ultima è individuata la % in base ad uno studio precedente il cui risultato ha indicato l'incidenza delle attività SUN sulle attività dei dipartimenti che svolgono attività per essa).

Costo dei Beni non sanitari

Il costo per "beni non sanitari" riguarda il costo sostenuto principalmente per materiale di cancelleria, materiale informatico, materiali di pulizia.

Il valore totale per questa categoria di costo è, in termini relativi, poco incisivo sul totale dei costi sostenuti (0,4%) nel corso del 2008. Il criterio di riparto ha seguito questo principio: attraverso il software oliamm i costi sono stati distinti tra dipartimenti assistenziali e servizi amministrativi che, dopodiché per i dipartimenti assistenziali l'8% dei costi individuati è stata assegnata alla linea di *attività di didattica e ricerca*; Se il singolo dipartimento ha svolto attività in favore di SUN o/e attività di somministrazione di farmaci di fascia H, si è applicata come aliquota la % di assorbimento generale per la linea di attività nello specifico dipartimento. Al valore "totale" per l'AOU si perviene come somma dei costi di tutti i centri di costo.

Costo dei servizi sanitari

Il costo dei servizi sanitari è stato suddiviso considerando aliquote di assorbimento standardizzate; poiché tali servizi sono legati in qualche misura a consulenze mediche, l'aliquota utilizzata per la ripartizione di tali costo corrisponde a quella utilizzate per il "costo del personale". (nb. Il valore risulta leggermente disallineato con "il costo del

personale” perché tali costi non hanno interessato l’area di attività “amministrativa e di supporto).

Costo dei servizi non sanitari

Tali costi riguardano pulizia, mensa, utenze, manutenzione, riscaldamento, vigilanza. Questi costi sono stati assegnati ai singoli Dipartimenti in base a diversi criteri (imputazione diretta, ripartizione in base alle superfici occupate, in base al numero di dipendenti..). Una volta assegnato il costo totale al singolo dipartimento, si è considerato come criterio di ripartizione tra le aree di attività che : l’8% del costo riguarda l’attività di didattica e ricerca, per le rispettivi consumi per area di attività e poi alle aliquote di consumo generale di ogni singolo DAS. Se il singolo dipartimento ha svolto attività in favore di SUN o/e attività di somministrazione di farmaci di fascia H, si è applicata come aliquota la % di assorbimento generale per la linea di attività nello specifico dipartimento.

Costi residuali

Riguardano le voci di conto di bilancio che non essendo ben definite, non sono rientrate nelle precedenti categorie di fattori produttivi .

Per questa categoria di costo si è pensato di ripartire tra le linee di attività in base alla aliquota di consumo generale della singola linea di attività.

4.4 Un modello per il ribaltamento dei costi comuni

La contabilità analitica può essere tenuta a costi diretti⁹³ (direct costing) o a costi pieni (full costing). Nel primo caso ci si limita a imputare ai diversi centri di costo i costi relativi ai singoli fattori produttivi. Nel secondo caso occorre impostare un sistema di ribaltamenti tra i centri, azione questa che corrisponde alla finalità dell’attività programmata – 11.

La configurazione di costo pieno è la più idonea ad effettuare valutazioni sui livelli di prestazioni prodotte, in quanto consente di rilevare l’assorbimento delle risorse relative a tutto il processo di produzione delle prestazioni.

Tale configurazione di costo si ottiene partendo dall’attribuzione dei costi diretti e, attraverso un procedimento a cascata, giungendo ad una configurazione per cui i centri

⁹³ I costi diretti sono quelli riferibili ad uno specifico centro di costo e presuppongono un rapporto immediato di causa/effetto tra prodotto e costo (esempi di costi diretti sono rappresentati dai beni e servizi e dal costo del personale di diretta imputazione).

erogatori di prestazioni finali ricevono i costi relativi all'impiego di fattori negli altri centri, i quali vengono "svuotati" dei loro costi diretti in proporzione alle prestazioni cedute ai centri finali.

La determinazione del costo pieno implica la ripartizione dei costi indiretti che sono costi comuni a più prodotti o a più centri di costo; per la loro imputazione occorre perciò procedere ad una ripartizione sulla base di un parametro che consenta di determinare la quota di costo da attribuire a ciascun centro. L'imputazione indiretta comporta una maggiore soggettività nel calcolo in quanto il parametro di imputazione ha sempre un certo grado di discrezionalità. Esempi di costi indiretti di specifici fattori produttivi sono i costi delle utenze e dei servizi esternalizzati quali le pulizie o la ristorazione.

Il primo passo è la scelta della base di imputazione (o driver), che consiste nella scelta del parametro in base al quale avviene la ripartizione dei costi indiretti. Viene richiesta una ripartizione che sia più equa possibile e la più aderente alla realtà. Si possono sviluppare tecniche di misurazione sempre più precise, tali da trasformare costi indiretti in costi diretti come ad esempio per le utenze telefoniche la presenza di un centralino in grado di attribuire direttamente il costo degli scatti telefonici ad ogni utente.

Ogni singola tipologia di costi si abbina solitamente a basi di imputazione come: i metri quadri di superficie per l'appalto delle pulizie che tenga conto del diverso livello di qualità richiesto per i diversi centri di costo (ad esempio sale operatorie piuttosto che uffici amministrativi); il numero dei pasti per la ristorazione; i kilogrammi di biancheria lavata; il numero di apparecchi per le utenze telefoniche.

Dopo aver scelto i parametri che meglio esprimono il principio di causalità e che si prestano ad essere misurati in modo conveniente, si procede al calcolo del coefficiente unitario di imputazione che è dato dal rapporto fra il costo complessivo da ripartire ed il valore assunto dalla base di imputazione ossia: $\text{totale costi indiretti} / \text{totale base di imputazione}$.

Per calcolare la quota di costi indiretti da attribuire al singolo oggetto di misurazione si moltiplica il coefficiente unitario di imputazione per il valore assunto dalla base di imputazione per quel determinato oggetto di misurazione.

Al fine di giungere alla determinazione del costo pieno (full costing) per l'oggetto di misurazione scelto, si rende necessaria l'adozione di una metodologia operativa che, sia in grado di ripartire i costi ausiliari e generali sui centri di costo finali.

4.4.1 Ribaltamento dei costi comuni: blocchi operatori

Primo step fondamentale per l'elaborazione della procedura riguarda lo svolgimento di uno studio per acquisire le necessarie conoscenze circa l'oggetto dell'analisi, ossia i Blocchi Operatori (B.O.). Il Policlinico è dotato di 12 blocchi operatori, alcuni dei quali condivisi tra più dipartimenti:

Tabella 16 – Elenco e localizzazione dei blocchi operatori

Blocco Operatorio	N° Sale	DAS Utilizzatori
5	4	Patologia Sistemica
		Chirurgia generale toracico-vascolare
		Emergenza ostetrica e ginecologica (urologia)
6	2	In ristrutturazione
16	2	Neurochirurgia
2	2	Cardiochirurgia
7	2	Chirurgia Generale e Geriatrica
		Chirurgia Oncologica e Videoassistita
15	2	Oftalmologia
12	4	Ortopedia e chirurgia d'urgenza
1	2	Endocrino-chirurgia
14	2	Odontoiatria e Chirurgia Maxillo facciale
13	2	
11	2	Chirurgia Pediatrica
9	2 (1 solo emergenza)	Ginecologia-ostetricia
		Emergenza ostetrica

Tutte le sale sono operative dalle ore 8:00 alle 14:00 dal Lunedì al Venerdì, tranne il blocco 5 che lavora di continuo dalle ore 7:30 alle ore 19:30 e spesso viene utilizzato anche per emergenze vascolari in notturna.

Una delle sale del Blocco 9 resta sempre disponibile per le emergenze e non viene utilizzata per le routine.

L'organizzazione prevede un'agenda in base alla quale le aree funzionali possono accedere ed utilizzare le sale operatorie per gli interventi chirurgici.

Schema per la ripartizione delle ore di accesso ed utilizzo delle sale operatorie tra le aree funzionali

SO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
A							
B							
C							
D							

Tabella 17 – Schema per la ripartizione delle ore di accesso ed utilizzo delle sale operatorie tra le aree funzionali

Rilevazione delle attività chirurgiche nel Blocco Operatorio

Dai registri delle sale operatorie è possibile stilare un elenco delle varie tipologie di interventi praticati da ogni area funzionale, divisi per durata media (in fasce 0-60 min, 60-120 min, 120>) :

DAS DI Interventi eseguiti dall'Area Funzionale di (in riferimento al mese di)			
Tipologia	Numero	Peso drg	Durata media

Tabella 18 – Rilevazione tipo degli interventi nel blocco operatorio

Rilevazione del personale impegnato nel Blocco Operatorio

In tale contesto viene preso in considerazione il dato relativo al personale necessario allo svolgimento delle attività del blocco operatorio, escludendo dalla rilevazione il personale medico (professori, dottori, ricercatori, specializzandi o laureandi) in quanto, in termini di costi, tale personale risulta non afferente al centro di costo Blocco Operatorio.

E' possibile, pertanto, classificare il personale infermieristico (o parasanitario) necessario, in questo modo:

Caposala: in tutto il B.O. deve essere presente un caposala per turno di lavoro;

Infermieri Professionali: ogni sala operatoria necessita di due infermieri professionali per turno di lavoro;

OTA (Operatore Tecnico addetto all'Assistenza): il blocco operatorio richiede la presenza di 3 unità di OTA per turno;

Infermieri Generici: ogni pomeriggio viene impegnato un infermiere per la sterilizzazione delle attrezzature e degli strumenti di tutto il blocco operatorio.

Questi dati saranno utili per il calcolo del costo del personale parasanitario del blocco operatorio.

Tipologia Personale	Livello retributivo	Unità di personale	Costo
<i>Caposala</i>			
<i>Infermieri professionali</i>			
<i>OTA</i>			
<i>Infermieri generici</i>			

Tabella 19 – Personale impiegato nel blocco operatorio e costi

Rilevazione dei macchinari ed attrezzature nel Blocco Operatorio.

Macchinari ed attrezzature in dotazione al blocco operatorio		
Tipologia	Quantità sala operatoria	Quantità blocco operatorio
Apparecchio per anestesia		
Elettro-bisturi		
Aspiratore		
Tavolo operatorio		
Scialitica (Sistema di luci)		
Amplificatore di brillantezza		
Defibrillatore		
Sternotomo elettrepneumatico		
Autoclave		
Ligasure (tipo elettrobisturi)		
Carrelli e Armadietti		

Tabella 20 – Macchinari ed attrezzature in dotazione

Rilevazione dei dati di costo nel Blocco Operatorio

I dati relativi costo di Presidi, Farmaci, manutenzione, beni economati e materiale tecnico, ammortamenti sono tutti ottenibili dai moduli di contabilità generale ed analitica del software OLIAMM.

Rilevazione degli altri costi comuni ribaltati in precedenza sul Blocco Operatori.

Bisogna considerare che anche quota parte dei i costi generali (utenze di energia elettrica, servizi telefonici, gasolio per riscaldamento, servizi pulizia, servizi di vigilanza, servizi amministrativi, servizi di manutenzione giardini ed autoparco) devono essere attribuiti allo specifico blocco operatorio.

Determinazione dei driver di ribaltamento

L'ultimo passaggio da effettuare per completare il modello di ribaltamento dei costi, consiste nella scelta degli opportuni "driver" (criteri) per categoria di risorsa consumata.

Attraverso riflessioni e considerazioni con gli attori coinvolti nello svolgimento dei processi aziendali, sono stati individuati i seguenti driver da utilizzare per ribaltare i costi comuni sulle varie Aree Funzionali:

1. *Numero di Interventi Pesati*: l'utilizzo di tale driver tiene conto del numero di interventi portati a termine da ciascuna area funzionale per categoria nel periodo di riferimento assegnando il peso DRG ad ogni categoria di intervento per ottenere la base di allocazione:

$$\textbf{Area Funzionale } X = \alpha A + \beta B + \gamma C \textbf{ (I)}$$

dove: con X si indica una generica Area Funzionale;

con A, B e C sono indicati in questo caso il numero di interventi

con α , β , e γ sono indicati i pesi scelti.

2. *Ore di Utilizzo della Sala Operatoria*: questo driver prende in considerazione l'attività svolta dalle singole aree funzionali in termini di tempo complessivo di utilizzo della sala operatoria. In questo caso la determinazione della base di allocazione risulta più laboriosa perché bisogna: 1) calcolare la durata media degli interventi per categoria e per area funzionale; 2) moltiplicare la durata media per il numero degli interventi di ogni categoria fatto dalla singola area funzionale.

Nel caso dei Blocco Operatorio, come si vedrà nel prossimo paragrafo, il valore numerico attribuito ai pesi per implementare la simulazione del modello sarà: $\alpha=0,5$; $\beta=0,35$; $\gamma=0,15$. La scelta di tali valori, arbitraria, è stata fatta, sulla base dei dati a disposizione, cercando di evidenziare per grandi linee che esiste una differenza sostanziale in termini di consumi di risorse tra le varie categorie di interventi.

In formula può scriversi:

Ore Totali Utilizzo Sala Operatoria dall'Area Funzionale

$$X = \alpha A + \beta B + \gamma C \text{ (II)}$$

dove: con X si indica una generica area funzionale,

con A, B e C il numero di interventi per la categoria effettuati nel periodo di con α , β , γ si indicano i valori medi delle durate degli interventi per categoria

3. *Numero di Interventi*: tale driver è identico al primo trattato tranne per il fatto in questo caso non sono applicati i pesi (α , β , e γ) come fattori moltiplicativi per ottenere il numero complessivo di interventi effettuato da ogni area funzionale.

La formula, risulta:

N° Interventi praticati dall'Area Funzionale

$$X = A + B + C \text{ (III)}$$

dove: con X si indica una generica area funzionale, con A, B e C il numero di interventi.

Di seguito viene riportato uno schema riassuntivo del tipo di driver adottato per categoria di risorsa considerata

Schema riassuntivo dei driver adottati per categoria di risorsa	
CATEGORIA DI RISORSA	DRIVER
Personale	<i>Ore di utilizzo sale operatoria</i>
Presidi	<i>Numero di interventi pesati</i>
Farmaci	<i>Numero di interventi pesati</i>
Manutenzione	<i>Ore di utilizzo sale operatorie</i>
Beni economici	<i>Numero degli interventi</i>
Materiale tecnico	<i>Numero degli interventi</i>
Ammortamenti	<i>Numero di interventi pesati</i>
Costi comuni ribaltati	<i>Ore di utilizzo sale operatorie</i>

Tabella 21 – Criteri di ribaltamento dei costi

A conclusione del lavoro si procede adesso ad una simulazione del modello di ribaltamento per il caso del centro di costo intermedio “Blocco Operatorio n°7” come test pratico del modello. La scelta di questo blocco deriva dal fatto che esso rappresenta un caso leggermente più complesso rispetto alla maggior parte dei blocchi operatori per i quali il ribaltamento avviene sulle aree funzionali di uno stesso DAS. Infatti in questo caso le aree oggetto di ribaltamento appartengono a due differenti DAS che condividono le stesse sale.

4.4.2 Il Modello di Ribaltamento dei costi del blocco operatorio n°7

Definito il modello generale, si è quindi determinato che gli step da seguire sono:

1) Consultazione dei registri delle attività del blocco

SO \	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
A							
B							
C							
D							

Tabella 22- Schema per la ripartizione delle ore di accesso ed utilizzo delle sale operatorie tra le aree funzionali

2) Rilevazione del Mix e del Numero di Interventi praticati da ogni Area Funzionale nel Blocco Operatorio

Tabella 23- Rilevazione degli interventi nel blocco operatorio

Interventi eseguiti dall'Area Funzionale di (in riferimento al mese di)			
Tipologia	Numero	Durata (min.)/ Categoria	Peso drg

3) rilevazione di numero e costi del personale impegnato

Caposala: in tutto il blocco operatorio deve essere presente un caposala per turno da 6 ore; *Infermieri Professionali*: per ogni turno (da 6 ore) di funzionamento di una sala operatoria ne sono necessari 2 per turno di lavoro. Quindi ogni sala operatoria necessita di 4 infermieri e tutto il blocco operatorio n° 7 ne impiega 16; *OTA (Operatore Tecnico addetto all'Assistenza)*: il blocco operatorio n° 7 richiede la presenza di 3 unità di OTA per turno quindi in una giornata lavorativa, ne sono richiesti complessivamente 6;

Infermieri Generici: ogni pomeriggio viene impegnato un infermiere per la sterilizzazione delle attrezzature e degli strumenti di tutto il blocco operatorio.

Tipologia Personale	Livello retributivo	Unità di personale	Costo
<i>Caposala</i>			
<i>Infermieri professionali</i>			
<i>OTA</i>			
<i>Infermieri generici</i>			

Tabella 24 – Numero e costi del personale impegnato

4) Raccolta sui dati di macchinari ed attrezzature delle sale operatoria e comuni

Macchinari ed attrezzature in dotazione al blocco operatorio n° 7		
Tipologia	Quantità sala operatoria	Quantità blocco operatorio
Apparecchio per anestesia	1	4
Elettro-bisturi	1	4
Aspiratore	1	4
Tavolo operatorio	1	4
Scialitica (Sistema di luci)	1	4
Amplificatore di brillantezza		1
Defibrillatore		1
Sternotomoelettro-pneumatico		1
Autoclave		1
Ligasure (tipo elettrobisturi)		1
Carrelli e Armadietti	Vari	Vari

Tabella 25 – dati di macchinari ed attrezzature

5) **Rilevazione dei dati di costo** di farmaci, presidi, beni economici, manutenzione e ammortamenti.

6) **Rilevazione degli altri costi comuni** ribaltati in precedenza sul Blocco Operatorio

7) Applicazione dei criteri di ribaltamento dei costi

Avendo tutti i dati di costo delle risorse consumate, del numero/complessità/durata degli interventi chirurgici, al modello per il ribaltamento dei costi comuni manca soltanto la determinazione dei criteri di ribaltamento dei suddetti costi alle aree funzionali dei dipartimenti.

Tabella 26

Schema riassuntivo dei driver adottati per categoria di risorsa	
CATEGORIA DI RISORSA	DRIVER
Personale	Ore di utilizzo sale operatoria
Presidi	Numero di interventi pesati
Farmaci	Numero di interventi pesati
Manutenzione	Ore di utilizzo sale operatorie
Beni economici	Numero degli interventi
Materiale tecnico	Numero degli interventi
Ammortamenti	Numero di interventi pesati
Costi comuni ribaltati	Ore di utilizzo sale operatorie

A. *Numero di Interventi Pesati*: in questo caso, il valore totale della base di allocazione per il numero degli interventi pesato effettuati nel mese di riferimento è ricavato applicando la formula relativa per ogni area funzionale e facendone la somma.

Di seguito si riporta il dettaglio del numero di interventi pesato per ogni area funzionale:

Chirurgia Generale riabilitativa e post operatoria

N° Interventi Pesato =

Chirurgia Riabilitativa Gastrointestinale di Elezione e di Emergenza:

N° Interventi Pesato =

Chirurgia plastica:

N° Interventi Pesato =

chirurgia Vascolare

N° Interventi Pesato =

A questo punto è possibile calcolare il valore della base di ripartizione come somma dei valori trovati, in particolare risulta:

Base di ripartizione = (n° di interventi pesato totale).

- B. *Ore di Utilizzo della Sala Operatoria*: concettualmente il procedimento per il calcolo della base di ripartizione è lo stesso, cambia solo la formula, o meglio, il significato che assumono i coefficienti moltiplicativi (α , β e γ) nella formula, (rappresentativi delle durate medie degli interventi espresse in minuti).

In particolare risulta per ogni area funzionale:

Chirurgia Generale riabilitativa e post operatoria

N° ore di utilizzo di sala operatoria =

Chirurgia Riabilitativa Gastrointestinale di Elezione e di Emergenza:

N° ore di utilizzo di sala operatoria =

Chirurgia plastica:

N° ore di utilizzo di sala operatoria =

chirurgia Vascolare

N° ore di utilizzo di sala operatoria =

A questo punto è possibile calcolare il valore della base di ripartizione come somma dei valori trovati, in particolare risulta:

Base Di Ripartizione = minuti (Durata Totale Interventi)

- C. *Numero di Interventi*: in questo caso il calcolo della base di allocazione è semplificato dall'assenza dei fattori moltiplicativi α , β e γ e, pertanto si riduce ad una semplice somma degli interventi praticati da ciascuna area funzionale. Avremo che:

Chirurgia Generale riabilitativa e post operatoria

N° interventi =

Chirurgia Riabilitativa Gastrointestinale di Elezione e di Emergenza:

N° interventi =

E' ora possibile calcolare il valore della base di ripartizione come somma dei valori trovati, in particolare risulta:

Base di ripartizione = (numero totale interventi)

Di seguito le tabelle riassuntive (una per ogni dipartimento) e le relative aree funzionali ad esso afferenti, in cui è possibile visualizzare la quota ribaltata dei costi di ciascuna risorsa attribuita al centro di costo intermedio “blocco operatorio 7” su ciascuna area funzionale

Tabella 27		Dipartimento Assistenziale di			
		Area Funzionale	A	B	C
Categoria di Risorsa	Driver	Costo Totale	Quota Ribaltata	Quota Ribaltata	Quota Ribaltata
<i>Personale</i>	<i>Ore Utilizzo Sala Operat.</i>				
<i>Presidi</i>	<i>N° Interventi Pesato</i>				
<i>Farmaci</i>	<i>N° Interventi Pesato</i>				
<i>Manutenzione</i>	<i>Ore Utilizzo Sala Operat.</i>				
<i>Beni Economici</i>	<i>N° Interventi</i>				
<i>Ammortamenti</i>	<i>Ore Utilizzo Sala Operat.</i>				
Totale					

Costo totale da ripartire : euro

Base di ripartizione: minuti (durata totale interventi)

Coefficiente di allocazione Area Funzionale: minuti

Quota ribaltata = euro

Lo stesso procedimento è stato adottato per il calcolo delle quote ribaltate a ciascuna categoria di risorsa, cambiando al massimo la base di allocazione in funzione del driver adottato.

Tabella 28

			<i>Dipartimento Assistenziale di</i>		
		<i>Area Funzionale</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<i>Categoria di Risorsa</i>	<i>Driver</i>	<i>Costo Totale</i>	<i>Quota Ribaltata</i>	<i>Quota Ribaltata</i>	<i>Quota Ribaltata</i>
<i>Personale</i>	<i>Ore Utilizzo Sala Operat.</i>				
<i>Presidi</i>	<i>N° Interventi Pesato</i>				
<i>Farmaci</i>	<i>N° Interventi Pesato</i>				
<i>Manutenzione</i>	<i>Ore Utilizzo Sala Operat.</i>				
<i>Beni Economali</i>	<i>N° Interventi</i>				
<i>Ammortamenti</i>	<i>Ore Utilizzo Sala Operat</i>				
<i>Totale</i>					

4.5 Il Sistema di Reporting

La funzione dei sistemi di reporting e controllo di gestione, come precisato nel 2° capitolo, consiste nel mettere in condizione i diversi livelli dirigenziali dell'azienda di conoscere le modalità di svolgimento dei processi gestionali e le relative implicazioni di ordine economico, di valutare le concrete modalità gestionali adottate, di decidere le migliori azioni da intraprendere nel breve periodo per garantire congruità con i più generali obiettivi aziendali.

Il sistema di reporting può essere definito come l'insieme di informazioni che in modo formalizzato sono destinate a specifici destinatari, informazioni concernenti la gestione dell'azienda e tipicamente i costi, le risorse fisiche, le prestazioni, i ricavi ed i proventi.

Caratteristiche del sistema di reporting sono la formalizzazione e la centralità rispetto a tutto il sistema informativo aziendale.

Il sistema di reporting costituisce, in sintesi, una modalità di rappresentazione dei dati critici della contabilità direzionale e la sua efficacia risiede nella capacità di “trasformare” i dati in informazioni per coloro a cui sono destinati, per cui esso costituisce elemento fondamentale per supportare il processo decisionale dei diversi livelli di responsabilità sia a livello di alta direzione, sia a livello delle singole unità operative o centri di responsabilità. Affinché il sistema di reporting possa essere effettivamente di supporto al processo di controllo manageriale, occorre che esso sia coerente con le esigenze conoscitive del destinatario e che venga messo a sua disposizione nei modi e nei tempi che facilitino, da un lato, l'utilizzo dell'informazione, dall'altro, la sua immediata comprensibilità.

La struttura del sistema di reporting viene disegnata dalla direzione strategica mediante la redazione del Piano dei Report di routine, ovvero dall'insieme dei reports, relativi alla funzione programmazione e controllo, che sono predisposti e diffusi con sistematicità in azienda.

Le caratteristiche principali delle logiche di progettazione del Piano e della struttura di riferimento sono sintetizzate nella tabella seguente:

Tabella 29

Elemento strutturale	Caratteristiche principali delle logiche di progettazione	Caratteristiche principali del Piano proposto in allegato
Piano dei Report	<ul style="list-style-type: none"> ➤ attenzione alle esigenze conoscitive dei destinatari dei Report, anche in relazione al livello di cultura gestionale riscontrato in Azienda ➤ individuazione delle logiche da seguire nella definizione delle tipologie di variabili che i Report per le diverse classi di destinatari devono presidiare ➤ specificazione dei criteri cui attenersi nella definizione degli elementi fondamentali dei singoli Report in termini di contenuto specifico, di livello organizzativo di riferimento e di forma 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ definizione di un'ipotesi di Piano dei Report solo con riferimento ai Report di andamento (volti, cioè, a monitorare, nel corso dell'esercizio, le variabili gestionali rilevanti) ➤ previsione di Report, a favore delle diverse classi di destinatari previste, strutturati per livelli di dettaglio progressivi

E' fondamentale che il sistema di reporting sia progettato in maniera adeguata sia rispetto alle caratteristiche del contesto organizzativo, sia rispetto alle finalità attribuite nelle varie realtà aziendali al sistema di programmazione e controllo di gestione. Relativamente al contesto dell'AOU Federico II, il sistema di reporting ha, innanzitutto, l'esigenza di differenziare il contenuto informativo in relazione alle tipicità delle singole unità operative, ma anche l'esigenza di omogeneizzarlo per classi di destinatari.

a) Elementi caratterizzanti il sistema di reporting

Le funzione del sistema di reporting è, da un lato, di trasmettere elementi conoscitivi inerenti alle dinamiche passate e all'andamento attuale della gestione e, dall'altro, di elaborare analisi particolareggiate volte a stimolare eventuali interventi sul sistema di programmazione di breve-medio periodo. Esso si basa sulle informazioni derivanti dal sistema di contabilità direzionale e costituisce elemento fondamentale per supportare il processo decisionale dei diversi livelli di responsabilità.

Gli elementi alla base della progettazione di un sistema di reporting sono:

- i destinatari dell'informazione;
- il contenuto dell'informazione;
- la frequenza dell'informazione;
- la forma di comunicazione prescelta.

I destinatari del sistema di reporting sono individuabili in tutti gli operatori aziendali titolari di specifiche responsabilità gestionali. Essi dovranno le informazioni contenute nei report loro inviati. In relazione alle caratteristiche organizzative e al sistema di responsabilità aziendale sono stati individuati i seguenti destinatari del sistema di reporting:

- alta direzione (Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario) con responsabilità direzionale-gerarchica;
- dirigenti di strutture complesse (DAS) con responsabilità di coordinamento di aggregati di unità operative;
- dirigenti responsabili di funzione (Area funzionale) responsabili della gestione di una o più classi di fattori produttivi.

I soggetti rientranti nell'una o nell'altra delle suddette categorie di destinatari si caratterizzano per ambiti di responsabilità differenziati e, di conseguenza, per un differenziato fabbisogno informativo e conoscitivo.

Relativamente ai contenuti, il piano dei reports deve essere finalizzato a fornire informazioni e notizie rilevanti e utili al fine dell'interpretazione e della valutazione delle dinamiche gestionali, essenziali per consentire ai destinatari di assumere decisioni strategiche e operative o per intraprendere le eventuali azioni correttive.

b) Aspetti di funzionamento del Sistema di Reporting implementato

A partire dall'anno 2010 la Direzione strategica aziendale ha pianificato un articolato sistema di reporting per condividere con i vertici dei Dipartimenti Assistenziali e dei Servizi centrali informazioni relative all'andamento delle attività svolte e supportare in tal modo le decisioni strategiche aziendali.

Va precisato che l'avvio di tale sistema di reporting all'interno dell'azienda, di seguito presentato, non può ritenersi esaustiva, né rispetto all'identificazione dei contenuti dei reports per ciascun destinatario, né rispetto al formato dei report stessi; si tratta, infatti, di una proposta di discussione che è stata sottoposta all'interno dell'azienda per essere rodada e validata e dovrà essere oggetto di approfondimento e di modifica. I destinatari dei reports proposti per il Sistema di Controllo di Gestione sono stati identificati tenendo conto dei contenuti dell'Atto Aziendale e del Piano Organizzativo e di Funzionamento Aziendale (POFA) e del piano degli obiettivi assistenziali per il triennio 2009-2011 (descritti al paragrafo 3.3).

Si è proceduto, preliminarmente, all'individuazione delle unità organizzative aziendali responsabili della gestione del Sistema di Reporting, in termini di predisposizione periodica e conseguente invio della reportistica di routine.

Tabella 30

AREE DI REPORTING	UNITA' ORGANIZZATIVA DEPUTATA ALLA PREDISPOSIZIONE DEI REPORT PERIODICI
Contributi in conto esercizio	SGEF - Controllo interno di Gestione(CdG)
Prestazioni sanitarie erogate (a paganti)	Direzione Sanitaria – CdG
Prestazioni sanitarie erogate – Ricoveri-Specialistica ambulatoriale e diagnostica - Area Emergenza strumentale e di laboratorio	Direzione Sanitaria – CdG
Risorse umane - personale dipendente ed a convenzione	CdG

AREE DI REPORTING	UNITA' ORGANIZZATIVA DEPUTATA ALLA PREDISPONE DEI REPORT PERIODICI
Beni di consumo - beni e materiali sanitari e non sanitari	CdG
Servizi sanitari e non sanitari acquistati	CdG
Cespiti	SGEF - CdG
Prestazioni intermedie	Direzione Sanitaria - CdG
Conti economici	SGEF - CdG
Prospetti di Variabili Elementari e di Indicatori	CdG
Previsioni alla base del Budget	Comitato budget
Obiettivi di Budget	Comitato budget

In particolare, per l'implementazione del sistema di reporting, il Controllo interno di gestione, in staff alla direzione generale aziendale, svolge la funzione di coordinamento delle attività delle diverse unità' organizzative deputate alla predisporre dei report periodici ed, in particolare:

- ✓ Elabora le informazioni provenienti dalla contabilità analitica e dalla contabilità generale, aggiungendo ad esse quelle provenienti dal "sistema informativo sanitario" relative alla produzione delle prestazioni.
- ✓ Raccoglie, elabora e valida i dati in collaborazione con le unità' organizzative deputate alla predisporre dei report periodici.
- ✓ Elabora prospetti di variabili elementari e sviluppa gli indicatori che evidenzino i livelli di raggiungimento degli obiettivi pianificati.
- ✓ Fornisce mensilmente la reportistica sull'andamento della gestione all'Alta Direzione, ai Direttori di Dipartimento ed ai Responsabili di Struttura complessa.
- ✓ Elabora e fornisce trimestralmente i report programmati.
- ✓ Raccoglie ed elabora le informazioni necessarie per la definizione dei costi di attività non finanziate a prestazione per il relativo rimborso regionale.
- ✓ Predisporre all'occorrenza analisi di dettaglio non routinarie per interlocutori interni ed esterni.

Per supportare i processi di programmazione e valutazione dei risultati conseguiti si è reso necessario introdurre nel sistema di monitoraggio delle attività, indicatori e strumenti capaci di misurare le dimensioni di maggiore rilevanza per l'erogazione delle stesse. In

linea con le indicazioni della letteratura⁹⁴, si è puntato in primo luogo a superare le perplessità iniziali e la reticenza degli operatori al coinvolgimento nelle attività di rilevazione del sistema di reporting superando l'autoreferenzialità che spesso connota le comunicazioni nel contesto sanitario e finalizzandole all'instaurazione di un confronto sistematico dei risultati tra operatori, al fine di conseguire i seguenti obiettivi strategici che accomunano l'intero sistema sanitario nazionale:

- soddisfare i bisogni di salute degli utenti e dei cittadini, in generale;
- individuare e valorizzare le best practices;
- attivare processi di apprendimento e miglioramento della qualità dei servizi;
- garantire la trasparenza sui risultati conseguiti;
- garantire un clima organizzativo adeguato per facilitare il lavoro dei dipendenti delle aziende sanitarie ed ospedaliere
- operare perché i livelli essenziali di assistenza siano garantiti con equità⁹⁵.

Al fine di facilitare la possibilità di riconoscere il proprio ruolo all'interno dell'azienda, si è delineata il piano dei reports calibrandolo specificamente a seconda dei destinatari della rilevazione. Si è scelto di avviare l'implementazione del sistema predisponendo i reports per i Dipartimenti Assistenziali (DAS) ed individuando le linee di sviluppo delle rilevazioni per la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa. Si è scelto di tralasciare, nella fase di avvio del sistema, la reportistica concernente la Presidenza della Facoltà di Medicina, la Direzione Generale e il Nucleo Interno di Valutazione⁹⁶. Per quanto riguarda la Presidenza della Facoltà di Medicina, la scelta di rimandare la definizione dei report dipende dalla necessità che sia approvato definitivamente l'Atto Aziendale e che siano gettate le basi per la costruzione di flussi informativi idonei a soddisfare contemporaneamente le esigenze informative aziendali e della Facoltà. Per quel che concerne la Direzione Generale ed il Nucleo di Valutazione, la costruzione dei reports, potrà essere effettuata più rapidamente una volta che saranno stati validati e rodati, per quel che concerne la rilevabilità dei dati, i contenuti dei reports destinati agli altri soggetti.

⁹⁴ S. Nuti, Valutazione della performance della sanità italiana - Guida alla lettura ed interpretazione del primo gruppo di indicatori, Laboratorio management e sanità - Scuola superiore Sant'Anna, 2009 Pisa.

⁹⁵ In questa ottica il Ministero della Salute ha affidato nell'ambito del progetto SiVeAs, coordinato dal dottor Filippo Palumbo, Capo Dipartimento della qualità del Ministero della Salute, al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa l'elaborazione, in via sperimentale, l'analisi di un primo gruppo di indicatori per misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati, elaborati a livello regionale e di singolo soggetto erogatore. A livello nazionale, appare opportuno riproporre logiche in parte differenti rispetto a quelle proposte per i sistemi sanitari regionali, perché diversi sono i fabbisogni di controllo.

⁹⁶ Zollo G e altri, Proposta del Piano dei Report del Sistema di Controllo di Gestione dell'AOU Federico II, DIEG Facoltà d'Ingegneria Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, 2006.

c) Il contenuto dei report

Il report destinato al Direttore di Dipartimento ed ai Responsabili delle Aree Funzionali è stato articolato in due sezioni:

- in una prima sezione viene riportato, separatamente, il quadro delle risorse gestite delle varie aree funzionali che afferiscono al Das;
- nella seconda si riportano le variabili elementari e gli indicatori relativi ad attività e al consumo dei fattori produttivi.

Tabella 31: Modello di report routinario trimestrale per i DAS

SEZIONE 1:

<i>DAS</i>		<i>Direttore:</i>
<i>Area Funzionale:</i>		<i>Settore:</i>
RISORSE GESTITE	ANNO	TRIMESTRE
RISORSE UMANE - PERSONALE UNIVERSITARIO		
Unità di personale		
Dirigenti Medici		
Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi		
Comparto		
Indennità di equiparazione (761/79) + Indenn. Esclusività		
Ore straordinario		
Importo straordinario		
Ore reperibilità		
Importo ore reperibilità		
Turni reperibilità		
Importo turni reperibilità		
RISORSE UMANE - A TOTALE CARICO AZIENDALE		
Unità di personale		
Dirigenti Medici		
Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi		
Comparto		
Medici Specialisti ambulatoriali		
Contrattisti		

Costo personale (escluso contrattisti)	
Ore straordinario	
Importo straordinario	
Ore reperibilità	
Importo ore reperibilità	
Turni reperibilità	
Importo turni reperibilità	
RISORSE UMANE - BLOCCO OPERATORIO	
Indenn. di equiparazione (761/79) - Indenn. Esclusività	
Importo straordinario	
Importo ore reperibilità	
Importo turni reperibilità	
CONSUMI DI MAGAZZINO	
Consumo farmaci	
Consumo presidi	
Consumo beni economici	
PRESTAZIONI RICHIESTE	
Valore prestazioni di laboratorio richieste al DAS di Patologia clinica	
Valore prestazioni di laboratorio richieste al Dasmelab	
Valore prestazioni Diagnostiche per immagini richieste	
ATTREZZATURE	
Manutenzione apparecchiature Elettromedicali	
TOTALE	
RISULTATO DELLA GESTIONE	
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	
TOTALE COSTI RILEVATI	
RISULTATO DELLA GESTIONE (COSTI-RICAVI)	

Per una puntuale individuazione delle informazioni rilevate in tale sezione del report si precisa quanto segue.

a) Con riferimento alle risorse umane:

- il totale delle unità di personale racchiude il dato relativo a:

Dirigenti Medici, Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi,
Comparto, Medici Specialisti ambulatoriali, Contrattisti;

- il costo personale, con esclusione dei contrattisti, è relativo a tutte le voci del personale a totale carico aziendale e universitario (incluso anche il personale comandato) al netto della retribuzione di risultato, indennità di posizione variabile, indennità per incarico direzione di struttura complessa;
- le ore straordinario: include guardie e Sires. Il numero di ore e il valore economico è quello liquidato;
- i turni di reperibilità si riferiscono ad un turno intero di 12 ore;
- le ore di reperibilità si riferiscono alle ore singole di pronta disponibilità;
- per l'importo delle ore di reperibilità: il numero di ore, il numero di turni e il valore economico fanno riferimento al liquidato;
- per il personale Universitario il costo del personale include:
 - ✓ l'indennità di esclusività: rappresenta l'indennità erogata ai medici che scelgono di svolgere la propria professione unicamente in Azienda.
 - ✓ l'Indennità di equiparazione: rappresenta l'integrazione che l'Azienda Ospedaliera Universitaria corrisponde ai dipendenti dell'università sulla base del D.P.R. 761/79;
- per il blocco operatorio qualora sia condiviso da più dipartimenti viene stabilito in accordo con i Dipartimenti utilizzatori un criterio per la ripartizione dei relativi costi in base all'utilizzo dello stesso (si rinvia a tal proposito all'analisi specificamente proposta al paragrafo 4.3);

b) con riferimento ai consumi:

- per i farmaci: indica il consumo dei farmaci e comprende i farmaci di Fascia H;
- il valore prestazioni richieste ad altri reparti: include le prestazioni richieste al DAS di Patologia clinica, Medicina di laboratorio, Diagnostica per immagini, non include, invece, le prestazioni richieste ai DAS di Anatomia patologica, Igiene, Anestesia;

c) con riferimento alla manutenzione delle apparecchiature elettromedicali:

- il costo della manutenzione delle apparecchiature elettromedicali presenti in dipartimento si riferisce alle rilevazioni effettuate dallo Servizio Gestione Apparecchiature Elettromedicali.

SEZIONE 2

<i>DAS</i>	<i>Direttore:</i>
<i>Area Funzionale:</i>	
ATTIVITA'	
N. Dimessi RO: totale delle dimissioni rilevate dalle SDO dei ricoveri ordinari. Non include i ricoveri intramoenia.	
N.cicli chiusi DH: totale delle dimissioni rilevate dalle SDO dei ricoveri in DH	
N. Accessi: numero di giornate di degenza corrispondenti ad uno stesso caso di day hospital	
N. Prestazioni ambulatoriali S.S.N. per esterni: prestazioni erogate in regime ambulatoriale a pazienti esterni con impegnativa. Non include le prestazioni intramoenia	
N. Prestazioni diagnostica per immagini richieste: prestazioni richieste dal Dipartimento per pazienti ricoverati	
N. Prestazioni di laboratorio richieste: prestazioni richieste dal Dipartimento per pazienti ricoverati	
INDICATORI	
Peso medio DRG (RO): somma dei pesi corrispondenti a ciascun DRG relativo ai RO / numero dei ricoveri ordinari	
Occupazione media RO: indica il rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate e le giornate di degenza teoricamente disponibili (queste ultime si ottengono moltiplicando il numero di PL medi per i giorni dell'anno disponibili)	
Occupazione media DH: indica il rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate e le giornate di degenza teoricamente disponibili (queste ultime si ottengono moltiplicando (il numero di PL medi disponibili * 2) per i giorni dell'a	
Degenza media: Rapporto tra il numero giornate di degenza totali e il numero di ricoverati	
N.accessi medio in DH: rapporto tra il numero di accessi totali e numero di casi di DH	
% casi complicati: è dato dal rapporto percentuale tra il numero di casi con DRG complicati rispetto al numero di casi con DRG omologhi senza complicanze.	
% ricoveri chirurgici: indicazione % di quanti ricoveri di area chirurgica vengono effettuati rispetto al totale dei ricoveri.	
Degenza preoperatoria media: media dei giorni trascorsi dal ricovero all'intervento	
N ricoveri < 2gg.: numero di ricoveri effettuati con numero di giornate di degenza inferiore a 2	
N. di ricoveri ripetuti entro 30 giorni: numero di ricoveri ripetuti nello stesso reparto di dimissione per la stessa patologia entro 30 gg dalla dimissione	

La rilevazione dei dati di attività misurati con gli indicatori, sopra indicati, ha richiesto una fase preliminare di selezione. Per le variabili elementari rilevate e gli indicatori relativi all'attività, l'individuazione è avvenuta effettuando una scrematura da un insieme vario di variabili elementari(tabella 32), specificate in relazione alle diverse linee di attività previste dall'Atto aziendale e del POFA, ciò al fine di limitare la complessità del report e facilitarne la lettura e le modalità di presentazione degli indici stessi⁹⁷.

Tabella 32 Variabili elementari e indicatori

Attività di ricovero-Variabili elementari

Volume ricoveri ordinari/ diurni/ ordinari medici/ ordinari chirurgici/ day hospital (dh)/ day surgery (ds)/ordinari per singolo DRG/diurni per singolo DRG

Punti totali DRG ricoveri ordinari/ diurni/ ordinari medici/ ordinari chirurgici/ dh/ ds

Volume interventi in elezione su ricoveri ordinari/ diurni/ urgenti

Attività specialistica e di diagnostica strumentale e di laboratorio

Volume prestazioni erogate

Volume prestazioni per esterni/ intermedie per centri di rilevazione/ erogate per singola branca specialistica

Volume prestazioni diagnostico terapeutiche ricevute da esterni

Attività di pronto soccorso ostetrico ginecologico

Volume accessi

Attività di sala operatoria

Volume interventi

Volume interventi elettivi/ urgenti/ per singola procedura/programmati per procedura

Posti letto effettivi degenza ordinaria e diurna

Indici di composizione della produzione relativi ad attività di ricovero

Incidenza ricoveri diurni/ ds e one-ds

Incidenza singoli DRG in degenza ordinaria/ diurna

⁹⁷ Giugliano A ed altri, La qualità percepita dagli operatori sanitari, Napoli, 2006

Giugliano A. ed altri, Individuazione, sperimentazione e validazione di indicatori di qualità delle attività socio-sanitarie del territorio, Monitor, Roma, 2005.

Medea G., 2005, Indicatori di qualità e standard nell'assistenza al paziente con diabete mellito tipo 2 in Medicina Generale, in MeDia, 2005.

Indici di complessità della produzione relativi ad attività di ricovero

Peso medio ricoveri ordinari/ ordinari/ diurni/ ordinari medici/ ordinari chirurgici/ dh/ ds

Valore medio ricoveri ordinari/ ordinari/ diurni/ ordinari medici/ ordinari chirurgici/ dh/ ds

Indici di composizione della produzione relativi ad attività specialistica e di diagnostica

Incidenza prestazioni per esterni/ intermedie/ per Centro di Rilevazione ricevente/per branca Specialistica

Composizione della produzione per branca

Incidenza prestazioni per classe di prestazioni/ per esterni per branca specialistica/per branca specialistica per classe di prestazioni e per Centro di Rilevazione ricevente

Indici di complessità della produzione relativi ad attività specialistica e di diagnostica

Tariffa media prestazioni per esterni/intermedie/intermedie per Centro di Rilevazione ricevente/ per branca specialistica/per esterni e intermedie per branca specialistica

Numero prestazioni per esterni per paziente

Numero di test per campione (solo per i laboratori)

Indici di composizione della produzione relativi a pronto soccorso ostetrico ginecologico

Incidenza accessi seguiti e non seguiti da ricovero

Indici di composizione della produzione relativi alle sale operatorie

Incidenza degli interventi delle diverse tipologie

Incidenza degli interventi in urgenza

Indici di efficienza della produzione

Degenza media ricoveri ordinari medici/chirurgici/per DRG/pre operatoria/ post operatoria

Accessi medi ricoveri diurni/day hospital/day surgery e per singolo DRG

Durata media interventi in elezione ed in urgenza su ricoveri ordinari/diurni

N. giornate di degenza intensiva e di supporto per ricovero ordinario e ricovero pesato

N. prestazioni intermedie di laboratorio e radiologia per ricovero/peso/per giornata di degenza

N. di altre prestazioni intermedie per ricovero e ricovero pesato

N. di altre prestazioni intermedie per giornata di degenza

Indici di saturazione della capacità produttiva

Tasso di occupazione degenza ordinaria/diurna.

Si indicano, altresì, di seguito (tabelle 33 e 34) in dettaglio alcuni indicatori specifici che possono trovare applicazione nel processo di valutazione delle performances del personale

di livello dirigenziale del ruolo sanitario ed amministrativo.

Tabella 33 - Attivita'/ Indicatori specifici per il personale del ruolo sanitario

N. Dimissioni in Ricovero Ordinario/DH
N. Giornate di degenza RO dimessi
N. Accessi in DH
N. Punti Drg medici e chirurgici Ricovero Ordinario/DH
Drg medici e chirurgici
Peso medio DRG Medico e Chirurgico Ordinario e DH
N. Visite ambulatoriali
N. Accessi in Pronto Soccorso
% Ricoveri oltre soglia-0/1 giorni-ripetuti entro i 30 gg
N. Decessi
% Casi infezioni ospedaliere
Valore Ricavi Totali/ RO/DH/ Prestazioni Ambulatoriali
N. Dirigenti Medici e personale comparto gestiti
N. Apparecchiature elettromedicali gestite
N. Reclami di natura sanitaria
Consumo Farmaci per livello di attività
Consumo Presidi Medico - Chirurgici per CdR.

Tabella 34 - Attivita'/ Indicatori specifici per il personale del ruolo amministrativo

N. di procedure attivate dai datori di lavoro/preposti per UOC in materia di normativa D.L.vo 626/94
N. provvedimenti (Deliberazioni) proposti dall'UOC al Direttore Generale
N. provvedimenti (Atti formali di liquidazione) adottati dall'UOC
N. provvedimenti adottati dall'UOC (determine dirigenziali)
N. atti documentali gestiti (pervenuti/evasi: fonte dati protocollo) per UOC
N. di Procedure amministrative attivate in materia di accesso ai documenti amm.vi e sanitari
N. Personale gestito per UOC
N. Risorse Tecniche e strumentali utilizzati

N. Procedure d'acquisto per beni e servizi per singola UOC

N. Procedure d'acquisto direttamente gestite con cassa economale

N. Rapporti gestiti con Enti e/o Autorità esterne (Autorità Giudiziaria, Organi Polizia, ecc.)

N. Progetti gestiti con finanziamenti ad hoc erogati dall'Ente Regione

N. Azioni poste in essere in materia di razionalizzazione dei processi

Quantum economico di contenimento della spesa registrato

N. Sistemi informativi sviluppati per specifiche aree aziendali

N. Azioni poste in essere in materia di sistemi di programmazione e controllo

N. Reclami di natura amministrativa.

d) Le modalità di rilevazione

Tra i parametri da utilizzare come base di confronto con i dati rilevati dal sistema di contabilità direzionale, come indicato nel 2° capitolo, alle tipologie di confronto con gli standard, mediante l'utilizzo di parametri di budget e confronto spaziale, con l'utilizzo di parametri spaziali confronto temporale, si è ritenuto di preferire il confronto temporale, mediante il ricorso a parametri storici. Il confronto temporale pone, infatti, in relazione i dati relativi alla realtà osservata in periodi successivi e può essere strutturato in varie maniere: si possono confrontare due periodi consecutivi oppure periodi di tempo analoghi.

Non si è optato per il confronto spaziale, basato sul confronto dei dati relativi allo stesso periodo temporale in diverse strutture tra loro compatibili, in quanto per la sua attendibilità necessita che le realtà considerate presentino forti elementi di omogeneità perlomeno sotto l'aspetto strutturale (ad es. dimensioni analoghe), funzionale (ad es. casemix confrontabile) e contabile (ad es. utilizzo delle stesse metodologie di rilevazione e calcolo dei costi): condizioni queste non rilevate nel contesto aziendale ed al di fuori di esso, ipotizzando un'attività di benchmarking interaziendale.

Altra variabile nella definizione del piano dei report è la frequenza dell'informazione, in riferimento alla periodicità di distribuzione dei reports variabile in relazione alla tipologia degli stessi. La periodicità dei reports può essere mensile, bimestrale o trimestrale, in relazione alla significatività delle informazioni disponibili rispetto alle frequenze ipotizzate, alle caratteristiche del sistema informativo aziendale. In conformità alla prassi, in essere

nelle aziende sanitarie del SSN, che prevede una periodicità trimestrale della distribuzione dei report, e, solo in relazione a specifiche esigenze una frequenza superiore, si è scelto di attivare un report routinario, prevedendo come tempistica una cadenza infrannuale, almeno trimestrale, per le attività dei dipartimenti.

Per i diversi livelli di analisi si è optato per il confronto temporale dei dati con quelli rilevati per il trimestre corrispondente dell'annualità precedente, rilevando la variazione in termini assoluti (Δ).

Per quanto concerne la ricerca ed estrazione dei dati necessari a redigere i reports routinari, espletata la fase preliminare di mappatura dei flussi e di collegamento degli stessi, come descritto nelle fasi di attività descritte al paragrafo 4.2, si è proceduto, da parte delle diverse unità organizzative aziendali responsabili della gestione del Sistema di Reporting, ad individuare le azioni da seguire per step come di seguito schematizzato:

- Estrazione dati relativi ai livelli di attività:

- analisi del Flusso
- reverse Engineering del DB Oliamm e Quany
- estrazione del dato per CDC
- verifica e Validazione del Dato
- produzione report;

- Estrazione dati di consumo di farmaci e presidi, dispositivi medici, apparecchiature elettromedicali, prestazioni intermedie:

- analisi del Flusso
- Reverse Engineering del DB Oliamm
- Estrazione del dato per CDC
- Verifica e Validazione del Dato
- Produzione Report;

- Estrazione dati relativi al personale Universitario e a totale carico aziendale:

- analisi del Flusso
- reverse Engineering del DB Oliamm, Iriswin, Persweb e CINECA
- estrazione del dato per CDC
- verifica e Validazione del Dato
- produzione report.

e) gli altri destinatari del sistema di reporting

Il tentativo di utilizzare lo schema di report, sopra descritto, anche per le Direzioni Sanitaria ed Amministrativa è ancora in itinere all'atto della compilazione del presente elaborato. Sia per quanto riguarda la prima parte del report - Gestione delle risorse - sia per quel che riguarda la seconda parte – Livelli di attività misurata con variabili elementari e indicatori - è stata prevista la tempistica del report secondo una rilevazione trimestrale.

Per quanto riguarda specificamente la Direzione Sanitaria nella seconda sezione, effettuata una scrematura delle variabili elementari e gli indicatori relativi ad attività e al consumo dei fattori produttivi, indicati nell'elenco riportato in relazione al report dei DAS, si ritiene opportuno, al fine di limitare la complessità del report e facilitare la lettura e la raccolta dei dati, indirizzare la scelta delle variabili elementari e degli indicatori e la relativa modalità di presentazione in modo da allinearsi alle richieste di informazioni, provenienti dalla Regione Campania e dal Ministero dell'Economia e Finanze, alle quali la Direzione Sanitaria stessa è istituzionalmente tenuta, per l'azienda, ad adempiere per debiti informativi da ottemperare trimestralmente. La Direzione Sanitaria si avvale del sistema informativo che permette la trasmissione dei dati ricavabili dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) in maniera tempestiva alla Regione; risolto il problema di interfaccia tra il QUANY e il software OLIAMM, come indicato nella fase n. 8 delle azioni indicate al paragrafo 4.2, i dati di attività possano essere efficacemente trattati da quest'ultimo per essere combinati con quelli contabili e per la costruzione di indici economici e di efficienza, utili sia alla Direzione Sanitaria, sia agli altri destinatari dei reports.

Per quanto concerne il report destinato alla Direzione Amministrativa si precisa che, seguendo una struttura analoga a quella scelta per gli altri destinatari, la lista di indicatori e variabili elementari proposta è stata identificata in ossequio agli obiettivi, sopra indicati, previsti per il triennio 2009/2011 per la Direzione Amministrativa, come di seguito indicato.

Tabella 35 - Variabili elementari e indicatori per la Direzione Amministrativa

Risorse umane

Numero personale per dirigenza e comparto ruolo sanitario/professionale/tecnico/amministrativo

Numero personale non dipendente

Numero personale per matricola

Consumi di beni

Quantità consumi per classe merceologica

Utilizzo sale operatorie

Ore di sala operatoria programmate in elezione/effettive in elezione e in urgenza

Indici di efficienza della produzione

Indici di saturazione della capacità produttiva

Indici di rendimento/di produttività dei fattori produttivi

N. ricoveri anche pesati per unità di personale (con incroci vari)

N. giornate di degenza anche pesate per unità di personale

N. accessi anche pesati per unità di personale

Indici di dimensionamento delle risorse

N. unità di personale per posto letto

Indici di efficienza della produzione relativi a prestazioni specialistiche o di diagnostica

Tempo medio per prestazione per esterni e per branca

Indici di rendimento/di produttività fattori produttivi prestazioni special./diagnostica

N. prestazioni anche con dettaglio per esterni e intermedie per unità di personale

Indici di dimensionamento delle risorse

N. unità di personale per utente

Indici di efficienza della produzione- pronto soccorso ostetrico-ginecologico

N. prestazioni intermedie di laboratorio e di radiologia ed altre per accesso

Indici di rendimento/di produttività dei fattori produttivi -pronto soccorso

N. accessi per unità di personale

Indici di dimensionamento delle risorse

N. unità di personale per accesso

Indici di efficienza della produzione-sale operatorie

Tempi medi per interventi elettivi/urgenti

N. prestazioni intermedie di laboratorio/radiologia e altre per intervento

Indici di saturazione della capacità produttiva-sale operatorie

Tasso di utilizzo delle sedute operatorie in elezione

Indici di rendimento/di produttività dei fattori produttivi

N. interventi per unità di personale anche per ora di sala operatoria in elezione/ in urgenza

Indici di dimensionamento delle risorse

Unità di personale per sala operatoria

Indici di costo medio-attività di ricovero

Costo del personale per posto letto/ punto DRG

Costo del materiale sanitario per punto DRG/giornata di degenza anche pesata

Costo del personale per giornata di degenza anche pesata

Costo del materiale sanitario per intervento anche con dettaglio per regime ordinario

Indici di assorbimento dei ricavi-attività di ricovero

Incidenza del costo del personale e materiale sanitario sul totale ricavi da ricoveri

Indici di costo medio-prestazioni specialistiche e di diagnostica

Costo del personale e materiale sanitario per prestazione

Indici di assorbimento dei ricavi- prestazioni specialistiche e di diagnostica

Incidenza del costo del personale e del materiale sanitario sul totale ricavi da prestazioni

Indici di costo medio-pronto soccorso

Costo del personale e del materiale sanitario per accesso

Indici di assorbimento dei ricavi

Incidenza del costo del personale e del materiale sanitario sul totale ricavi da prestazioni

Indici di costo medio-sale operatorie

Costo del personale e del materiale sanitario per intervento

Per le variabili elementari e gli indici, inoltre, si è ritenuto opportuno procedere ad effettuare una scrematura di quelli sopra descritti, ciò per limitare la complessità del report e facilitarne la lettura e le modalità di presentazione degli indici stessi.

f) l'avvio del sistema reporting e le prospettive di sviluppo

Implementata a decorrere dal febbraio scorso una prima serie di reports mensili relativi all'attività complessiva erogata dalle strutture assistenziali aziendali per rodare il sistema, nel successivo mese di aprile è stato inviato ai Direttori di Dipartimento il report routinario trimestrale, secondo il modello sopra evidenziato. La successiva sfida del Controllo interno di Gestione si è diretta a rendere interattiva e dinamica la fruizione dei dati inseriti nei reports. Infatti dal mese di settembre 2010 i reports trimestrali sono digitalizzati on-line sullo spazio web della rete intra-net aziendale. In particolare, si è proceduto ad attivare una modalità di accesso dinamico-bidirezionale, mediante la rete intranet aziendale, con accesso riservato (login-password) per il caricamento e la lettura degli andamenti delle variabili economiche aziendali. Tale modalità di accesso ha ulteriormente aumentato la capacità, soprattutto dei direttori di dipartimento, di gestire il proprio dipartimento/centro di responsabilità sulla base di dati tempestivi ed affidabili, accrescendone conseguentemente l'autonomia, soprattutto nella prospettiva della negoziazione di budget, nelle scelte oltre

che la responsabilità, rispetto ai risultati raggiunti ed al generale andamento dell'attività, in termini di allocazione delle risorse strutturali, umane, strumentali ed economiche.

L'implementazione del Sistema informativo aziendale permette, oggi, grazie alla fattiva collaborazione di tutti i Dipartimenti, di produrre informazioni attendibili e tempestive, rendendo possibile costruire un clima di confronto costruttivo all'interno dell'azienda finalizzato anche a consentire, in ambito di negoziazione di budget, prospettive di sviluppo per ogni singolo Dipartimento nell'ambito dei livelli di compatibilità economica complessiva dell'Azienda.

4.6 Tra strategia e programmazione

Una volta presentato il sistema proposto di modelli e strumenti di misurazione delle performance aziendali in aderenza agli obiettivi strategici ed alle principali linee di indirizzo programmatiche si è proceduto, con la fase di progettazione e modellizzazione del processo di budget (indicata al punto 16 delle attività individuate al paragrafo 4.2), a focalizzare l'attenzione sull'implementazione delle strategie ed il raggiungimento delle finalità, affinché l'azienda attui le strategie in modo efficiente ed efficace. E' vero che l'orizzonte strategico guarda al lungo periodo, è però altrettanto vero che è impossibile attuare le strategie senza pianificare azioni di breve periodo. A tal proposito è necessaria una coerenza con le modalità di funzionamento e generazione degli obiettivi propri della gestione corrente⁹⁸. Sarebbe, infatti, velleitario formulare obiettivi strategici a prescindere da una coerenza con le modalità con cui l'azienda nel suo funzionamento pensa, vede e percepisce se stessa in azione. Questo fabbisogno di congruenza costituisce il punto di raccordo fra la pianificazione strategica e i processi di programmazione e controllo, e quindi il budget⁹⁹.

Gli obiettivi strategici dell'azienda, come precedentemente descritto, mirano a:

- definire di un mix di attività coerente con la triplice attività di assistenza, didattica e ricerca,
- raggiunge condizioni di efficienza nell'utilizzo delle risorse,
- migliorare le condizioni di organizzazione del lavoro.

⁹⁸ Cuccurullo C., Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche, Milano, 2003.

⁹⁹ Mintzberg H., Ascesa e declino della pianificazione strategica, Harvard Business Review, settembre ottobre 1994.

Tali obiettivi, “declinati” su alcune variabili di intervento, come illustrato nella tabella riportata nel paragrafo 3.3, esplicitano tutte le azioni che l’AOU intende intraprendere attraverso la negoziazione coi i Dipartimenti allo scopo di raggiungere la situazione di coerenza tra trend dei costi e quello dei ricavi.

All’incrocio tra obiettivi strategici e variabili di intervento, vengono esplicitate tutte le azioni che i DAS possono intraprendere per contribuire al raggiungimento degli obiettivi di medio termine dell’AOU Federico II. La quantificazione degli obiettivi verrà compiuta in fase di budgeting allorquando sulla base dell’analisi delle informazioni di singolo dipartimento, si concerterà la tipologia di azione da intraprendere e lo sforzo organizzativo che si chiede al dipartimento di perseguire¹⁰⁰.

4.6.1 Il budget nell’AOU Federico II

Il budget viene definito come lo strumento operativo di programmazione e controllo per i C.d.R di un’azienda sanitaria a cui sono assegnati obiettivi quali-quantitativi e correlate risorse sia correnti che di investimenti. Esso ha una triplice finalità:

1 – sistema operativo aziendale sia di programmazione (strumento formale con cui si quantificano i programmi d’azione, se ne verifica la fattibilità reddituale, tecnica e finanziaria, si allocano le risorse coerentemente agli obiettivi da perseguire) che di controllo (strumento che permette la valutazione delle performance e quindi l’effettivo raggiungimento degli obiettivi concordati).

2 – raggiungimento del processo di responsabilizzazione dei “professional” e di tutti coloro che operano in realtà ultracomplesse in cui si prevede la negoziazione di obiettivi condivisi;

3 – definizione di obiettivi quantitativi e qualitativi, questi ultimi legati all’efficacia dell’assistenza o meglio ancora all’appropriatezza della stessa in modo da rispettare la coerenza con i fini istituzionali di un’azienda sanitaria¹⁰¹.

¹⁰⁰ Zollo G e altri, Proposta del Piano dei Report del Sistema di Controllo di Gestione dell’AOU Federico II, DIEG Facoltà d’Ingegneria Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, 2006.

¹⁰¹ Romolini A., Contabilità dei costi e budgeting. Teoria, tecniche e casi nei vari comparti della P.A., <http://www.dsg.univr.it/documenti/Documento/allegati/allegati320806.pdf>, 2006.

La definizione dei singoli CdR, quali come gruppi di persone che operano al fine di raggiungere un determinato obiettivo dell'organizzazione sotto la direzione di una persona responsabile, rappresenta un “a priori” del processo di responsabilizzazione dei professionisti e, quindi, dell'avvio del sistema di budget. L'architettura dei C.d.R aziendali (indicata nell'allegato 1), infatti, permette di identificare la struttura delle responsabilità ed, in particolare, di progettare i flussi informativi e la reportistica destinata a supportare il monitoraggio delle attività in itinere e il processo di valutazione finale. In particolare, i C.d.R. dell'AOU “Federico II” sono rappresentati dai dipartimenti, riconosciuti a livello aziendale come centri unici di responsabilità e di negoziazione. Il modello di budget progettato per l'Azienda tiene in considerazione le caratteristiche proprie di un'azienda ospedaliera universitaria e, nello specifico, quelle dell'ambiente in cui è inserita l'azienda. Tale modello potrebbe essere assimilato ad un modello ad architettura intensiva in cui esiste un solo livello di negoziazione per un elevato numero di CdR:

- ◆ da una parte il livello unico di negoziazione comporta un coinvolgimento diretto. Della direzione strategica nell'ambito della negoziazione gli obiettivi con tutti i CdR aziendali. Questa soluzione è tipica di quelle direzioni strategiche che intendono avere un coinvolgimento forte nel processo di negoziazione, identificando analiticamente per ogni C.d.R gli obiettivi e le aspettative di performance;
- ◆ dall'altra parte il numero elevato di CdR è giustificato dal fatto che in un'azienda ospedaliera universitaria la struttura organizzativa privilegia le competenze tecnico specialistiche in cui l'eterogeneità delle discipline sono fortemente funzionali alle attività di ricerca e di didattica, quali parti fondanti la mission dell'azienda stessa.

4.6.2 I dipartimenti come motore dello sviluppo del processo di budget

Il Dipartimento è una struttura organizzativa di integrazione tra unità organizzative (sia semplici sia complesse) eterogenee responsabilizzate su attività di programmazione, consulenza e indirizzo. I Dipartimenti costituiscono l'articolazione aziendale di più elevata responsabilità dirigenziale in ragione della qualificazione tecnico professionale richiesta per la gestione delle risorse economiche, umane e tecnologiche. Le strutture afferenti al dipartimento sono dotate di propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune, volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e

completa alle richieste di prestazioni sanitarie. A tal fine il dipartimento induce uniformità di comportamento per quanto riguarda gli aspetti clinico assistenziali, tecnico-professionali ed economico- finanziari. Il Dipartimento rappresenta quindi la struttura aziendale deputata all'efficacia dell'azione amministrativa, tecnica o logistica, nonché al conseguimento di sinergie ed efficienze attuabili mediante azioni di interscambio e condivisione di risorse. Per tale scopo, a livello dipartimentale vengono collocate competenze e risorse atte a garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- programmazione, coordinamento e verifica delle attività dipartimentali, sia di gestione ordinaria che relative a progetti di innovazione e ad analisi di azioni finalizzate all'ottimizzazione degli acquisti e dei consumi;
- razionalizzazione, standardizzazione e sviluppo di processi amministrativi, tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamentazione dipartimentale di competenza (ad esempio, la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi);
- coordinamento del budget dipartimentale;
- qualità delle prestazioni erogate;
- promozione del mantenimento e dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali, attraverso il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione/ aggiornamento e ricerca;
- gestione globale del caso clinico e degli aspetti sociosanitari a questo correlati, mediante la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali (PDTA) e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

Al fine di dotare i dipartimenti di un sistema di responsabilità tale da garantire l'efficace svolgimento delle attività è auspicabile l'adozione di uno strumento quale la "matrice di responsabilità", per definire le responsabilità attese (es. responsabilità operative, responsabilità di budget ecc) dei principali ruoli organizzativi del dipartimento (es. referente di Sezione, Responsabile amministrativo del dipartimento ecc.).

Tabella 36: Matrice di responsabilità del dipartimento

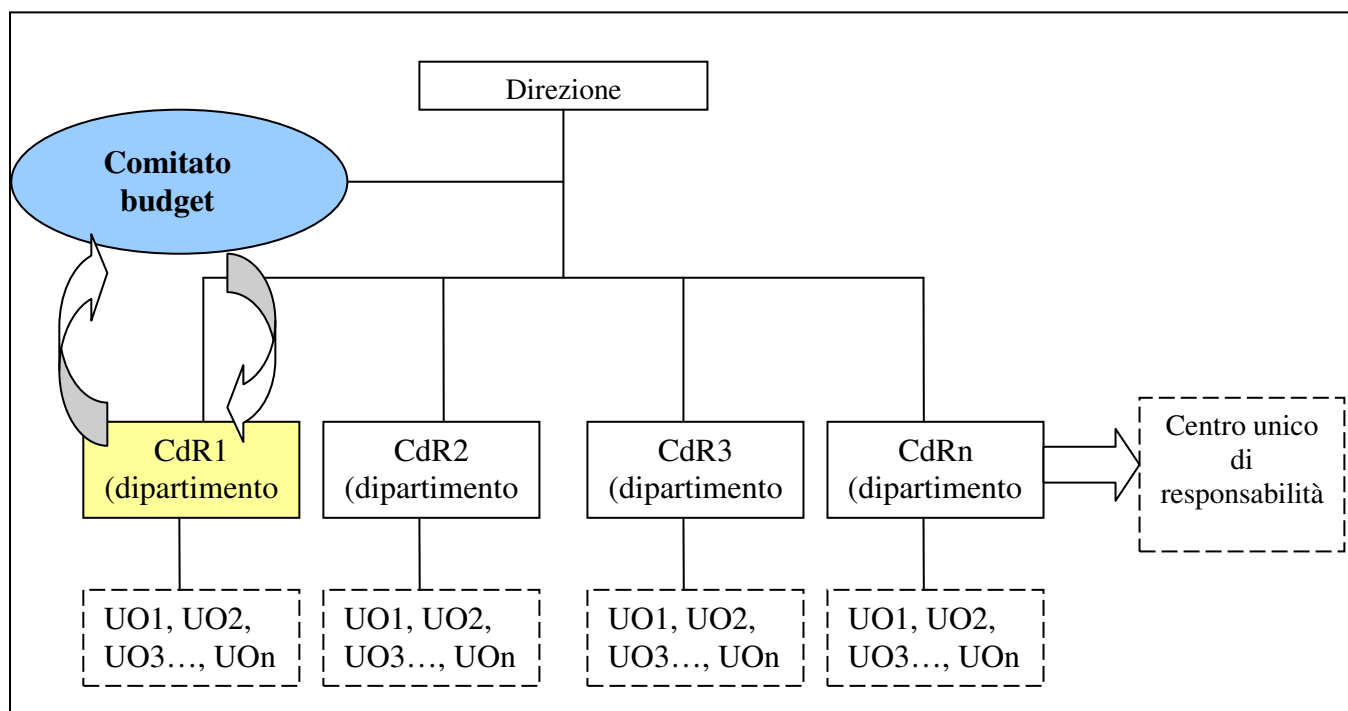
	Direttore di dipartimento	Referente di Sezione	Direttore Struttura Complessa	Responsabile Struttura Semplice	Responsabile amministrativo del dipartimento	Responsabile Programmi intradipartimentali	Responsabile Programmi interdipartimentali
Responsabilità operative							
Responsabilità di budget							
- Obiettivi di budget							
- Ruolo nel processo di budget							
Responsabilità Organizzazione e gestione del personale							
- Definizione ed utilizzo delle risorse (posti letto, tecnologie, personale sanitario non medico e non dirigente)							
- Valutazione							
- Attribuzioni degli incarichi e percorsi di carriera							
- Incentivi economici							
Responsabilità coordinamento processi assistenziali							
- gestione del rischio							
- elaborazione del PDTA							
- appropriatezza							

4.6.3 Il processo di Programmazione e Controllo

L'implementazione del processo di budget è finalizzato alla definizione ed al coordinamento degli obiettivi propri di ogni Dipartimento-CDR (centro di responsabilità) e le risorse correlate al loro perseguimento, per il conseguimento degli obiettivi generali d'azienda. I processi di budget perseguono obiettivi non solo di natura quantitativa, ma anche qualitativa, ed allo scopo si procede ad implementare specifici indicatori ed una opportuna reportistica periodica.

Il processo di negoziazione con i CDR si sviluppa in seno al Comitato Budget; esso è composto da: Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Coordinatore di Staff, Dirigente Medico di Presidio, Direttore di Dipartimento di cui uno area medica, uno di area chirurgica, uno di area dei servizi e delle prestazioni intermedie (scelti dal Direttore Generale), un Direttore di Dipartimento Universitario (indicato dal Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia), il Responsabile del Controllo di Gestione. I componenti del Comitato Budget sono nominati dal Direttore Generale.

Figura 10 - Il Modello di budget dell'AOU Federico II



Il processo di negoziazione del budget si compone delle seguenti fasi:

1. Avvio del processo: con la stesura delle linee guida per il budget la Direzione Aziendale, supportata dal Comitato Budget, dal Controllo di Gestione (CdG) e dagli altri staff, esplicita gli obiettivi, i vincoli e chiarisce i margini di azione per i CDR.
2. Invio schede budget: il CdG predispone le schede di budget, sulla base delle indicazioni della Direzione, e le invia ai CDR, fornendo tutti i dati storici necessari e supportando i Dipartimenti nella loro analisi
3. Formulazione proposte da parte dei Dipartimenti: il CDR definisce le modalità con cui contribuire al raggiungimento degli obiettivi aziendali, elabora proprie proposte di obiettivi e programma le risorse necessarie, comunicandole al Controllo di Gestione.
4. Verifica delle compatibilità generali delle proposte avanzate e segnalano gli effetti delle proposte dei CDR.
5. Letture tecnica delle proposte: la Direzione Aziendale, supportata dal CdG e dagli staff, ricerca le compatibilità tra le proposte dei CDR e gli obiettivi aziendali. Il Comitato Budget si fa ambito di confronto per la razionalizzazione/integrazione delle proposte.

6. Negoziazione e decisioni di budget: la Direzione Aziendale promuove e governa il processo di negoziazione, supportata dallo staff. Il Comitato Budget è l'ambito di negoziazione, certifica e dà legittimità alle scelte, mentre i Dipartimenti negoziano in maniera costruttiva risultati attesi e risorse necessarie¹⁰². I CDR si fanno carico di verificare la fattibilità delle proposte con i livelli gerarchici inferiori.
7. La definizione di accordi sostanziali: tale definizione trova esplicitazione nei documenti tecnici predisposti dallo staff:
 - a. Budget tecnico consolidato
 - b. Budget trasversali
 - c. Libro budget
8. Approvazione e firma: la Direzione Aziendale approva formalmente i documenti tecnici ed i CDR firmano le proprie schede budget.
9. La programmazione si completa con il controllo periodico dell'andamento della gestione:
 - a) attività di Reporting: il CdG predispone trimestralmente la reportistica sul modello sopra indicato, per il confronto, a livello di CDR, dei risultati rilevati con lo storico e con gli obiettivi negoziati;
 - b) discussione della reportistica: il CdG invia alla Direzione Aziendale ed ai CDR le proprie analisi circa gli scostamenti. Supporta inoltre i CDR nell'analisi delle cause degli scostamenti attraverso la discussione sistematica della reportistica.
 - c) eventuale rinegoziazione: la Direzione Aziendale sostiene il processo e procede all'eventuale revisione degli obiettivi, se opportuna, qualora quanto negoziato, alla luce dei risultati infra-annuali, non sia più effettivamente realizzabile.
 - d) valutazione: in seno al Comitato budget, alla chiusura dell'anno, si discute il livello di raggiungimento degli obiettivi da parte dei CDR con l'obiettivo di valutare la performance dei dirigenti e di pervenire ad una nuova programmazione.

¹⁰² Il livello unico di negoziazione comporta un coinvolgimento diretto. Della direzione strategica nell'ambito della negoziazione gli obiettivi con tutti i CdR aziendali. Questa soluzione è tipica di quelle direzioni strategiche che intendono avere un coinvolgimento forte nel processo di negoziazione, identificando analiticamente per ogni C.d.R gli obiettivi e le aspettative di performance. Tale modello potrebbe essere assimilato ad un modello ad *architettura intensiva* in cui esiste un solo livello di negoziazione per un elevato numero di CdR.

Le varie fasi sopra indicate sono dettagliate nell'allegato 3, descrivendo per ciascuna: gli attori coinvolti e il ruolo da questi ricoperto, le fonti informative, l'output prodotto, i fattori critici di successo e altre informazioni che potrebbero essere rilevanti nella gestione della singola fase.

4.6.4 I contenuti del sistema di budget

Il funzionamento efficace di un sistema di responsabilizzazione presuppone l'utilizzo congiunto di una serie di indicatori afferenti a diverse dimensioni di analisi cercando di cogliere le principali correlazioni che insistono tra di loro.

Con riferimento all'AOU "Federico II" sono da considerare quattro dimensioni di analisi che rappresentano gli assi lungo i quali si realizza la mission dell'azienda¹⁰³.

Figura 11: Le prospettive di analisi



In particolare, come indicato nella figura 11, esse sono identificate dalla:

- prospettiva economico-finanziaria;
- prospettiva processi interni
- prospettiva sviluppo organizzativo

¹⁰³ Rispetto ai principi strategici a cui si ispira l'AOU Federico II si rimanda all'atto aziendale con riferimento alla parte dedicata ai principi generali.

- prospettiva integrazione didattica-ricerca-assistenza.

a) Prospettiva economico-finanziaria

La prospettiva economico-finanziaria indica la capacità dell'azienda di perseguire i propri obiettivi strategici in condizioni di economicità. Nel caso dell'AOU "Federico II" la finalità principale è quella di contribuire alle funzioni di didattica e di ricerca proprie dell'Università attraverso l'attività di assistenza e in condizioni di autonomia, garantita dalla capacità di mantenere un solido e duraturo equilibrio economico.

Nell'ambito di questa prospettiva di analisi i fattori critici di successo sono:

- il margine di contribuzione - MDC (di primo e di secondo livello);¹⁰⁴
- % margine di contribuzione sul disavanzo totale;
- costo per punto DRG;
- costi Variabili (CV) consumi farmaci su fatturato (ricavi);
- costi Variabili prestazioni intermedie (radiologia, laboratori analisi, ecc.) su fatturato (ricavi);
- costi Variabili straordinario del personale su fatturato (ricavi).

b) Prospettiva processi interni

Rispetto alla prospettiva dei processi interni, si è optato per proporre la scelta di fattori critici di successo che privilegiano, oltre ad indicatori di tipo quantitativo sui livelli di attività e di efficienza operativa, anche misure di tipo qualitativo con riferimento all'appropriatezza clinica nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e la loro complessità: le prime hanno l'obiettivo di verificare che le prestazioni siano erogate a quei pazienti che realmente ne possono beneficiare al livello di assistenza più adatto e con la tempestività necessaria a garantirne l'utilità; le seconde esprimono il livello di complessità a partire da un'analisi qualitativa della casistica trattata. In particolare, i fattori critici di successo sono:

- numero prestazioni per personale equivalente;
- degenza media (DM)¹⁰⁵;
- mix regimi assistenziali (ricoveri in RO/ ricoveri in DH);

¹⁰⁴ Per margine di contribuzione di primo livello si intende la differenza tra i ricavi e i costi diretti; per margine di contribuzione di secondo livello si intende la differenza tra i ricavi e i costi indiretti.

¹⁰⁵ La degenza media (DM) è il rapporto fra le giornate di degenza (o numero di accessi, se il ricovero è in day hospital) erogate e i dimessi.

- % DRG inappropriati (totale DRG inappropriati/totale dei DRG);
- indice chirurgico (solo per DAS chirurgici);¹⁰⁶
- peso medio (PM) DRG¹⁰⁷.

c) **Prospettiva sviluppo organizzativo**

Rispetto alla prospettiva dello sviluppo organizzativo, l'obiettivo è quello di incentivare forme di micro-organizzazione per favorire l'integrazione tra le varie discipline cliniche all'interno dei dipartimenti. Per concentrare maggiormente l'attenzione sulle innovazioni organizzative che, ad oggi, possono essere considerate rivelanti per l'azienda i principali fattori critici di successo sono:

- sviluppo di progetti dipartimentali (indicatore diverso per ogni DAS);
- innovazione di modalità di erogazione delle prestazioni (ad esempio, Linee guida).

d) **Prospettiva integrazione ricerca didattica e assistenza**

Nell'ambito della prospettiva di integrazione di ricerca-didattica e assistenza, propria delle AOU, l'obiettivo è quello di promuovere degli incentivi rispetto a:

- potenziamento ed integrazione della struttura dell'offerta complessiva in modo da assicurare l'erogazione di percorsi didattici, di assistenza e di ricerca coordinati (un ruolo fondamentale lo assumeranno in questa prospettiva i dipartimenti, nella misura in cui diverranno il livello organizzativo di responsabilità associato agli obiettivi di integrazione tra le tre funzioni tipiche).
- rafforzamento del proprio ruolo di struttura ospedaliera al servizio della collettività, dove si insegna, si apprende, si innova e si sperimenta la ricerca dell'eccellenza clinica, nonché dove è garantita l'accessibilità a tutti i cittadini che hanno bisogno;
- valorizzazione dei centri di eccellenza regionale per rafforzare la dimensione di centro di riferimento capace di attrarre persone e risorse ed alimentare un ciclo virtuoso di crescita parallela di competenze, capacità e risorse necessarie per supportare tale sviluppo.

I principali fattori critici di successo rilevanti per questa dimensione di analisi sono:

¹⁰⁶ L'indice chirurgico è dato dal rapporto tra i DRG di tipo chirurgico e il totale dei DRG

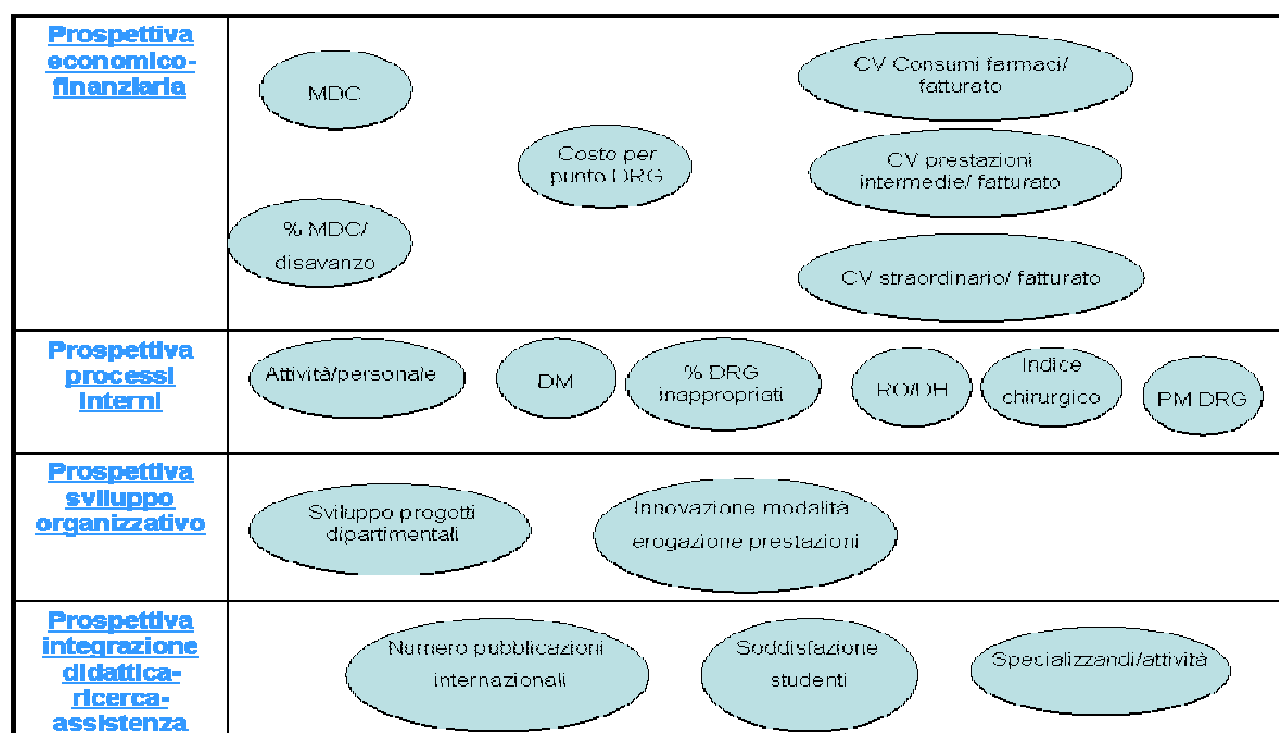
¹⁰⁷ Il peso medio (PM) è il rapporto tra i punti DRG prodotti nella specifica disciplina della struttura ospedaliera considerata e i dimessi dalla stessa.

- numero pubblicazioni internazionali
- numero specializzandi su volumi di attività
- soddisfazione studenti
- attivazione di protocolli di ricerca.

e) Un quadro d'insieme

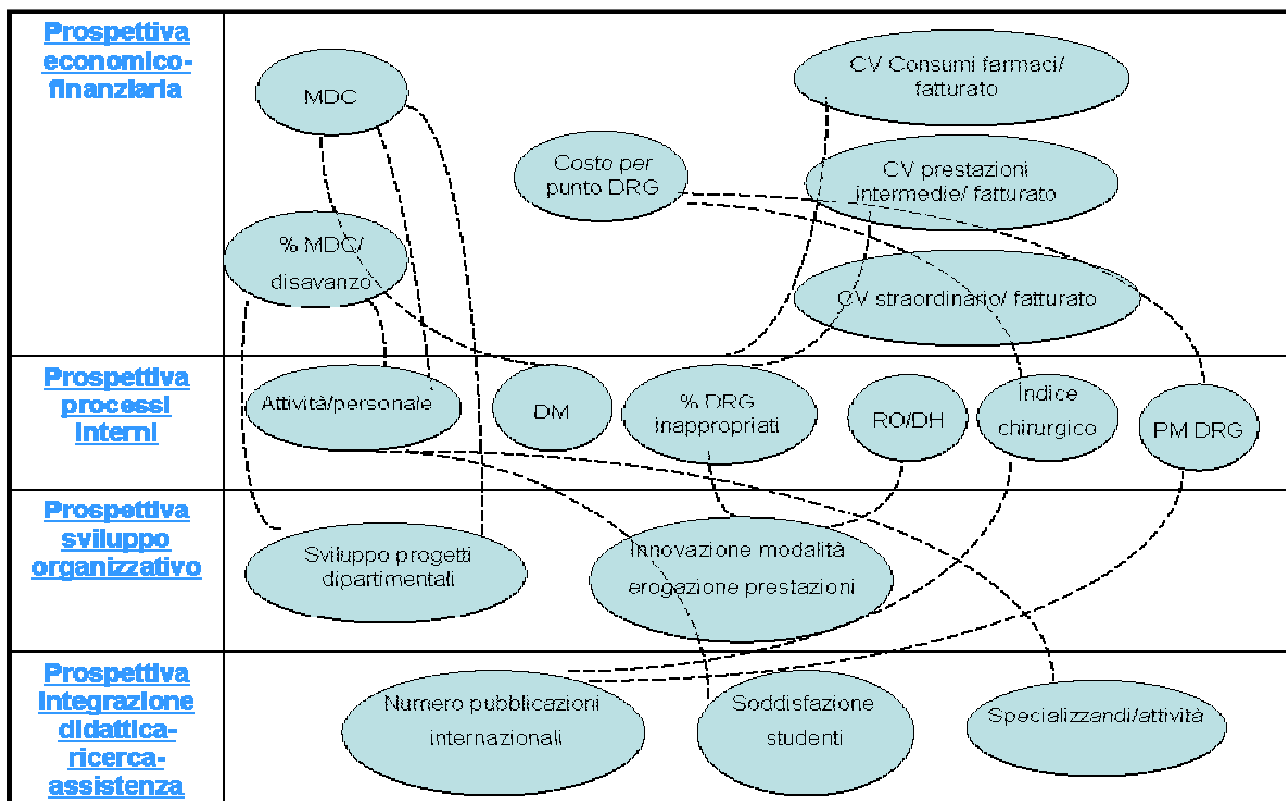
La figura 12 presenta l'insieme dei fattori critici di successo nell'ambito delle prospettive di analisi prese in considerazione: economico-finanziaria, processi interni, sviluppo organizzativo e integrazione ricerca-didattica-assistenza.

Figura 12 - I fattori critici di successo per prospettiva di analisi



E', inoltre, possibile identificare l'insieme delle relazioni che intercorrono tra i fattori delle varie prospettive comportando così il passaggio da una visione prettamente statica ad una configurazione dinamica del sistema di budget.

Figura 13 Le relazioni tra i fattori critici di successo



In questo senso, una variazione in aumento o in diminuzione di un fattore si può riflettere in una variazione in aumento o in diminuzione (correlazione positiva) o viceversa (correlazione negativa) di un altro fattore della stessa o di un'altra prospettiva di analisi presa in considerazione.

Ad esempio, di particolare rilevanza sono le relazioni tra l'indicatore "attività sul personale del dipartimento" (prospettiva processi interni) e il margine di contribuzione (prospettiva economico-finanziaria); tra l'indicatore "% DRG inappropriati" (prospettiva processi interni) e "Costi variabili per il consumo dei farmaci sul fatturato" (prospettiva economico-finanziaria), tra l'innovazione nelle modalità di erogazione delle prestazioni (prospettiva sviluppo organizzativo) e l'indicatore legato al mix dei regimi assistenziali (ricoveri RO/Ricoveri in DH) ecc. La rappresenta l'insieme delle principali relazioni.

CONCLUSIONI

Da anni ormai l'attenzione della letteratura e gli interventi dei legislatori è rivolta al rinnovamento dei meccanismi gestionali delle strutture sanitarie.

Ogni azienda vive in un ambiente istituzionale economico e sociale soggetto a continui cambiamenti. Per un'azienda come la A.O.U. Federico II che deve coniugare assistenza con ricerca e didattica, l'esposizione al cambiamento è notevolmente più ampia di qualsiasi altra azienda sanitaria. Per poter vincere la sfida del cambiamento vi è un'unica possibilità: l'azienda deve poter sostenere con i propri sistemi organizzativi e con i propri uomini un continuo processo di apprendimento. Gli strumenti proposti con la presente ricerca costituiscono il primo passo in questa nuova direzione. Ovviamente altri ne dovranno seguire.

L'implementazione di un Sistema di Controllo di Gestione nelle aziende sanitarie si configura come uno strumento manageriale indispensabile per orientare le aziende stesse verso i principi di efficacia, efficienza ed economicità della gestione, valutando e monitorando "l'attività produttiva" e, soprattutto, responsabilizzando gli operatori sugli obiettivi e i risultati programmati e raggiunti.

Si rende, pertanto, necessario adottare modalità "condivise" di introduzione dei sistemi di programmazione e di controllo della gestione all'interno delle organizzazioni sanitarie perché tutti i livelli di governo, sulla base di dati oggettivi e tempestivi, siano impegnati ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse strutturali, economiche, umane e tecnologiche.

L'esperienza svolta sul campo presso l'AOU "Federico II", dimostra come la nascita di un sistema di controllo di gestione è frutto di un lavoro complesso ed articolato che ha un impatto fortissimo su tutta l'azienda. E' apparso necessario utilizzare al meglio gli strumenti a disposizione, in grado di far fronte alle esigenze informative del management aziendale, apportando i necessari correttivi ed attuando i periodici interventi di manutenzione ed aggiornamento dei flussi informativi.

A sostegno del controllo direzionale, si è ritenuto fondamentale implementare un modello univoco per l'organizzazione e la gestione amministrativa e contabile, con i correlativi strumenti di indagine analitica e di gestione dei flussi informativi.

L'avvio del processo di budget, quale strumento di programmazione e controllo di gestione finalizzato all'articolazione di un sistema di obiettivi da perseguire nel breve periodo, in relazione alla struttura organizzativa e al livello di responsabilità interna

all'azienda, deve temperare da un lato l'esigenza di piena coerenza con gli obiettivi aziendali derivanti dai vincoli regionali e dal piano di rientro dal deficit sanitario del Ssr campano, anche in virtù degli accordi contemplati dal Protocollo d'Intesa con la Regione Campania, dall'altro lato, la necessità di garantire l'autonomia nella scelta delle priorità ai diversi livelli di responsabilità aziendali. Da qui la proposizione di un modello di processo di budget che prevede, all'interno della cornice di obiettivi aziendali, la proposizione, da parte dei Direttori di dipartimento, di obiettivi propri, al raggiungimento dei quali poter scegliere di legare il sistema incentivante del personale. La diffusione e condivisione del processo di budget si sostanzia nella formalizzazione dell'insieme di regole aziendali che definiscono le fasi da compiere per la definizione degli obiettivi, l'identificazione degli attori coinvolti, la valutazione dei risultati e la conseguente distribuzione della retribuzione di risultato. Quest'ultimo aspetto assume una funzione determinante per fornire la spinta motivazionale necessaria a conseguire un orientamento del comportamento degli operatori verso il raggiungimento di obiettivi di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia aziendale.

Il lavoro svolto dimostra che, in presenza di risorse scarse, ed alla luce dei trends crescenti della domanda sanitaria e del costo delle tecnologie, al fine di garantire dei livelli minimi di assistenza sanitaria, si rende necessario introdurre all'interno delle organizzazioni sanitarie i sistemi di programmazione e di controllo della gestione allo scopo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse strutturali, economiche, umane e tecnologiche per il raggiungimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza gestionale. Proprio perché le risorse sono scarse, tutti i livelli di governo, dalla direzione aziendale alle direzioni di dipartimento fino ad arrivare alle singole unità operative complesse e semplici, sulla base di dati oggettivi e tempestivi, devono combinare le risorse stesse e, soprattutto, allocarle nel miglior modo possibile.

BIBLIOGRAFIA

- Adinolfi P., Mele R., Elementi di Management Sanitario, Kastalia multimedia, 2005.
- Adinolfi P., L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche, Mecosan Management ed economia sanitaria, anno X n. 37, Gennaio-Marzo, 2001.
- Alesani D., Ancona F. "L'innovazione nei modelli di controllo delle Aziende sanitarie: evidenze dall'applicazione del modello di controllo per LEA", *Mecosan*, n. 53, 2005.
- Annessi Pessina E., Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto Oasi, Egea, Milano, 2003.
- Anthony R.N. , Sistemi di pianificazione e controllo, Etas Libri, 1967, Milano.
- Anthony R.N. e altri, Il controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit, McGraw Hill, Milano, 2003.
- Ascione A., La rete dei sistemi informatici aziendali come supporto all'implementazione del Controllo interno di Gestione, Università Commerciale "Luigi Bocconi" Milano, 1999.
- AA.VV., Manuale di Contabilità Direzionale nelle Aziende Sanitarie, EGEA, Milano, 1998.
- Azzone G., Innovare il sistema di controllo di gestione: economic value added, benchmarking study report, National Performance Review, Washington , 1994.
- Bastia P., Il budget d'impresa, CLUEB, Bologna, 1989
- Biasioli S. e altri, Medico e manager, Ediz. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Roma, 1998.
- Bocchino U., Controllo di gestione e budget, Ed. Giuffrè, Milano, 1994.
- Buccoliero L., Cavaliere A., Nasi G., I sistemi informativi automatizzati a supporto dei sistemi di programmazione e controllo, in Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie , McGraw-Hill, 2000.
- Canfora G., Direttore Generale AOU Federico II, Bilancio di previsione 2009 - Relazione sulle attività e sul finanziamento dell'AOU Federico II.
- Canfora G., Bilancio di previsione 2009 - Relazione sulle attività e sul finanziamento dell'AOU Federico II.
- Capasso A., Pascarella G., La gestione dell'azienda sanitaria, Milano, 2005.
- Casati G., Programmazione e Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2000.
- Cislaghi C. e altri, Bisogni, Consumi, Costi: determinazione e riparto delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale, AGENAS -ROMA, settembre 2008.
- Cislaghi C. e altri, Analisi dei conti economici introduzione e metodologia, Agenas , 2008.
- Chakravarthy B., Lorange P., Managing the strategy process-Hall Internationale, Londra, 1991.

Chieffi L., "Il diritto alla salute alla soglie del terzo millennio", Giappichelli, Torino, 2002.

Caloprisco A., "I servizi di controllo interno ed i nuclei di valutazione delle pubbliche amministrazioni", Verona, Cedam, 1998.

Caloprisco A., "Nodi problematici nello sviluppo dei servizi di controllo interno ed i nuclei di valutazione delle pubbliche amministrazioni", Verona, Cedam, 1998.

Cascioli S., Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie. Contabilità, budget e programmazione, Ediz. F. Angeli, Milano, 2003.

Cogliandro G., Il controllo interno nelle amministrazioni pubbliche: evoluzione legislativa e situazione organizzativa, relazione presentata a Forum PA, Roma, 1998.

Commissione delle Comunità Europee, Libro Bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013", Bruxelles, 2007.

Copello F., Economia sanitaria e controllo di gestione, Roma, 2004.

Cuccurullo C., Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche, Milano, 2003.

De Togni C., La progettazione in ambito socio-sanitario, Verona, 2005.

De Vincenti, Invecchiamento, progresso tecnico e morbo di Baumol, le tre forze che spingono la spesa sanitaria, in CARE n. 6, 2006.

De Vincenti, Sostenibilità, efficacia ed efficienza del sistema sanitario, Italiani-Europei, n. 2, 2006.

Delfino R., La nascita di un sistema di controllo di gestione, www.fedoa.unina.it, 2008.

Deodori C., L'economia ed il bilancio delle società, Giappichelli Editore, Torino, 1995.

Donna G., Riccaboni A., Manuale del Controllo di Gestione, IPSOA, Milano, 2003.

Facchinetti I., Contabilità analitica, Il Sole 24 Ore, Milano 2003.

Fassari, Piani di rientro: i conti Regione per Regione, Quotidiano Sanità, Roma, 9.9.2010.

Favretto G., Il cliente nella sanità, Franco Angeli, Italia 2002.

Favretto G., Organizzare la soddisfazione in sanità, Franco Angeli, Italia 2007.

Garrison R.H., Noreen E.W., Programmazione e Controllo, McGraw-Hill, 2004.

Giugliano A. ed altri, La qualità percepita dagli operatori sanitari, Napoli, 2006.

Giugliano A. ed altri, Individuazione, sperimentazione e validazione di indicatori di qualità delle attività socio-sanitarie del territorio, Monitor, Roma, 2005.

Ippolito A., La valutazione del personale nelle aziende sanitarie, Padova, 2003.

Lega F., Gruppi e reti aziendali in sanità, Milano, 2002.

Lega F., Strategie di rete per i sistemi multiospedalieri: analisi e valutazione, in Economia & Management, 2, 2001.

Longo F., Lecci F., Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN, Rapporto OASI 2004, Egea, Milano, 2004.

Longo M., Masella C., Il controllo di gestione nei processi di trasformazione delle aziende sanitarie, X Riunione Scientifica Annuale AilG, 1999.

Martinelli M, Programmazione e controllo dei flussi finanziari in sanità, Mi 2008.

Medea G., 2005, Indicatori di qualità e standard nell'assistenza al paziente con diabete mellito tipo 2 in Medicina Generale, in MeDia, 2005.

Meneguzzo M., Managerialità, innovazione e governance, Roma, 2001.

Merchant K.A, Riccaboni A., Il controllo di gestione, Mc Grow-Hill, Milano 2001

Mercurio R. e altri, Organizzazione aziendale: assetto e meccanismi di relazione, ediz. Giappichelli, Torino 2007.

Mintzberg H., Ascesa e declino della pianificazione strategica, Harward Bus.Review, 1994.

Mussari R., "Sistemi di rilevazione nelle aziende regionali: teorie, metodi e principi contabili", Università Commerciale "Luigi Bocconi", Milano, 1999 .

Pellegrino P., " La politica Sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma Costituzionale", <http://polis.unipmn.it/pubbl/RePEc/uca/ucapdv/pellegrino62.pdf>, 2003.

Nuti S., " Valutazione della performance della sanità italiana -Guida alla lettura ed interpretazione del primo gruppo di indicatori, Laboratorio management e sanità", Scuola superiore Sant'Anna, Pisa, 2009.

Pilzer P., La nuova rivoluzione del benessere, Franco Angeli, Italia 2007.

Regione Campania, Supporto all'implementazione di procedure contabili e gestionali - Linee guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità - Decreto Commissariale n.14/10, pp.43 e ss.

Romolini A., Contabilità dei costi e budgeting. Teoria, tecniche e casi nei vari comparti della P.A., <http://www.dsg.univr.it/documenti/Documento/allegati/allegati320806.pdf>, 2006.

Santoro E., Web 2.0 e Medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, Napoli, 2009.

Spadafora F., La sostenibilità finanziaria del sistema sanitario negli Stati Uniti: il programma Medicare, in Mecosan, 2006.

Selleri L., Contabilità dei costi e contabilità analitica, ETAS, Milano, 1990.

Stame N., L'esperienza della valutazione, Collana Studi Sociali, Roma, Ediz. SEAM, 1998.

Triassi M., Il management in sanità, Ediz. SEU, Roma, 2008.

Zangrandi A., Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali, Ediz. Giuffrè, Milano, 1988.

Zollo G. e altri, Proposta del Piano dei Report del Sistema di Controllo di Gestione dell'AOU Federico II, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, 2006.

Allegato 1 - Elenco dei Dipartimenti Assistenziali e relative Aree funzionali e Settori
Con individuazione dei centri di costo e dei centri di responsabilità

Dipartimento Assistenziale/Clinico Centro di Responsabilità	Area funzionale		Settore
	Centro di Costo		Centro di Costo
Anatomia Patologica e Citopatologia 5 A.F. + 4 Settori	1) Dermatopatologia		
	2) Citopatologia Aspirativa		
	3) Ematopatologia		
	4) Epatopatologia cessata 01/11/2010		
	5) Citopatologia esfoliativa		
		Sicurezza dei laboratori di anatomia patologica e ambienti di lavoro (settore trasversale) (1) Patologia morfofunzionale del distretto oro-facciale (1) Tecniche di biologia molecolare e di immunoistochimica applicate alla citopatologia Patologia morfofunzionale del distretto gastrico (4)	
Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia Iperbarica, Terapia Antalgica 6 A.F. + 2 ad interim + 6	1) Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva		
	2) Anestesia Generale, Specialistica e dell'Emergenza	ex Prof. De Lucia cessato 01/11/2009	
	3) Anestesia Generale, Specialistica e Terapia Iperbarica	ex Prof. De Martino cessato 01/05/2009	
	4) Anestesia Generale, Specialistica di Oftalmochirurgia e Neurochirurgia cessata 01/11/2010		
	5) Anestesia generale, specialistica di urologia e chirurgia generale		
	6) Anestesia generale, specialistica di terapia antalgica e cure palliative		
	7) Anestesia generale, specialistica e Terapia Antalgica		
	8) Anestesia generale, Terapia Intensiva Neurochirurgica ed Ipertermia maligna		
		Tecniche loco-regionali in Chirurgia addominale maggiore (1) Anestesia nel day hospital (1) cessa 01/11/2010 Nutrizione artificiale del paziente critico (1)	
		Anestesia generale, specialistica ed interventistica del polo pediatrico e dell'emergenza (2)	

	Anestesia generale e specialistica del paziente traumatologico e dell'emergenza (2) cessa 01/12/2010
Anestesia, Rianimazione, T. Intensiva, T. Iperbarica, T. Antalgica	Anestesia nella gravidanza a rischio nel day hospital ostetrico ginecologico e terapia del dolore post operatorio (7) cessa 01/11/2010
Servizio Autonomo di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale 2 A.F. + 3 Settori	1) Immunoematologia e Medicina Trasfusionale cessata 01/11/2010
	2) Emaferesi
	Immunoematologia Cellulare e dei Trapianti d'organo Donazione e terapia trasfusionale ambulatoriale (1) Manipolazione e conservazione di progenitori emopoietici (2)
Chirurgia Generale e Geriatrica, Endoscopia Diagnostica ed Operativa 3 A.F.+ 5 ad interim + 8 Settori	1) Chirurgia Generale e Geriatrica
	2) Endoscopia Digestiva Operatoria
	3) Chirurgia Generale
	4) Chirurgia Ambulatoriale cessata 01/11/2010
	5) Chirurgia del pancreas endocrino ex Prof. Percopo cessato 01/07/2009
	6) Chirurgia Generale ex Prof. Leone cessato 11/01/2008
	7) Chirurgia dell'Ipertensione Portale ex Prof. Masciariello cessato 01/11/2007
	8) Chirurgia Funzionale esofago gastro-duodenale ex Prof. Fimmanò cessato 26/09/2005
	Ecografia e Diagnostica strumentale intra e peri operatoria (1) Day Hospital chirurgico (1) Diagnostica e terapia endoscopica intraoperatoria (1) Stadiazione laparoscopica delle neoplasie addominopelviche (1) Chirurgia protesica della parete addominale (1) Diagnosi endoscopica e strumentale nelle affezioni funzionali dell'apparato digerente, delle vie biliari e del Trattamento endoscopico palliativo delle patologie neoplastiche dell'apparato digerente, delle vie biliari e Diagnostica e trattamento endoscopico delle patologie non neoplastiche gastroenteriche (2)
Chirurgia Generale, Toracica, Vascolare 5 A.F. + 1 ad interim + 3 Settori	1) Chirurgia Vascolare

	2) Chirurgia Generale pre e post Trapianto	
	3) Chirurgia Generale ad indirizzo addominale	
	4) Chirurgia Generale e Trapianti d'Organo	
	5) Chirurgia Toracica	
	6) Chirurgia Endovascolare	
	Chirurgia vascolare d'urgenza (1) Screening dei tumori colon-rettali (3) Chirurgia videotoracoscopica (5)	
Chirurgia, Ortopedia, Traumatologia, Microchirurgia e Riabilitazione 4 A.F. + 3 ad interim + 5	1) Ortopedia, Traumatologia	ex Prof. Milano cessato 01/11/2009
	2) Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ortopedica	ex Prof. Corrado cessato 01/11/2009
	3) Ortopedia e Traumatologia d'Urgenza	
	4) Chirurgia d'Urgenza	
	5) II Ortopedia - Ortopedia Infantile	
	6) Chirurgia Generale (anche finalizzata alle esigenze della chirurgia ortopedica e traumatologica)	
	7) Chirurgia Generale e d'Urgenza	ex Prof. Iovino cessato 01/09/2005
	Patologia e terapia del piede dell'adulto Fisiokinesiterapia Microchirurgia ortopedica Malformazione dell'arto superiore Chirurgia epatobiliopancreatica	
Clinica Medica 12 A.F. + 4 ad interim + 12 Settori	1) Area Centralizzata di Medicina Interna e Nutrizione Clinica	
	2) Gastroenterologia a prevalente indirizzo oncologico	
	3) Nutrizione gastroenterologica dal 01/11/2002 prima Gastroenterologia a indirizzo epatologico	ex Prof. D'Agostino cessato 01/12/2009

4) Gastroenterologia a prevalente indirizzo per le malattie epatogastroenterologiche critiche	
5) Gastroenterologia a prevalente indirizzo per patologie infiammatorie e malassorbitive	
6) Terapia Medica	
7) Reumatologia e Riabilitazione Reumatologica	
8) Ematologia	
9) Medicina Interna, Ipertensione e prevenzione Cardiovascolare	
10) Diabetologia	
11) Medicina Geriatrica	
12) Medicina Interna e Vascolare	
13) Medicina Interna, Malattie Emorragiche e Trombotiche	
14) Diagnostica strumentale nelle malattie del metabolismo e della nutrizione	
15) Cardioangiologia con Unità di Terapia Intensiva Coronarica	ex Prof. O. De Divitiis cessato 01/11/2008 Delegato Prof. G. De Simone
16) Medicina Interna e Malattie dello Scheletro e del Metabolismo Minerale	ex Prof. Nunziata cessato 01/11/2004
	Diagnosi e terapia dell'obesità (1) Diagnosi e terapia locoregionale delle neoplasie epatiche (settore trasversale) (2) cessato 01/11/2010 Diagnosi e terapia della patologia motoria gastrointestinale (2) Follow-up paziente infartuato (15) Epatologia in medicina interna (16) Diagnostica delle anemie congenite acquisite (8) Monitoraggio pressorio e follow-up del paziente iperteso ad alto rischio (9) Iperlipidemie nel diabete (10) Monitoraggio del compenso glicemico e terapia non convenzionale del diabete (10) Diagnosi dei disturbi cognitivi dell'anziano (11)
	Epidemiologia Clinica (12) Elettrocardiografica dinamica e trombosi (13)

Diagnostica per Immagini e Radioterapia 5 A.F. + 1 ad interim + 5 Settori	1) Diagnostica per Immagini e Radioterapia
	2) Diagnostica per Immagini ex Prof. Sodano cessato 01/11/2009 Delegato Prof. V. Iaccarino
	3) Neuroradiologia
	4) Terapia con Radionuclidi
	5) Radiologia Cardiovascolare ed
	6) Diagnostica per Immagini del Cuore
	Diagnostica per immagini della patologia urinaria (1) Diagnostica per immagini delle patologie infiammatorie dell'apparato gastroenterico (1) Diagnostica per immagini delle malattie infettive (2) Diagnostica per immagini delle patologie epatobiliari (2) Neuroradiologia terapeutica (3)
Igiene Ospedaliera, Medicina del Lavoro e di Comunità 3 A.F. + 1 interim + 4 Settori	1) Igiene e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro ed Epidemiologia Applicata
	2) Igiene Ambientale
	3) Medicina del lavoro
	4) Medicina del lavoro
	Medicina di Comunità (1) Epidemiologia e prevenzione delle infezioni ospedaliere (1) Igiene degli Alimenti (2) Ergonomia ed ergo-oftalmologia (3)
Malattie Infettive e Medicina Legale 3 A.F. + 1 ad interim + 1 Settore	1) Malattie Infettive
	2) Malattie Infettive e Parassitarie
	3) Medicina Legale
	4) Malattie virali incluso AIDS Day Hospital
	AIDS (1)
Medicina di Laboratorio 13 A.F. + 2 ad interim + 3 Settori	1) Biologia Molecolare Clinica ex. Prof. Cimino cessato 01/11/2009
	2) Diagnostica Biochimica Clinica Ambulatoriale

	3) Citometria Clinica e Sperimentale
	4) Laboratorio di oncologia ematologica
	5) Indagini per diagnosi di mucopolisaccaridosi
	6) Indagini per l'individualità biologica
	7) Indagini per le emoglobinopatie
	8) Verifica esterna della qualità interlaboratorio (A.F. trasversale)
	9) Indagini di biochimica ematologica
	10) Indagini urinarie
	11) Indagini gascromatografiche / Spettrometria di massa
	12) Controllo di qualità intradipartimentale (A.F. trasversale)
	13) Indagini speciali
	14) Genetica Medica
	15) Biochimica Clinica delle Proteine
	ex Prof. F. Salvatore cessato 01/11/2006
	Analisi genetiche di predisposizione alle malattie (6)
Medicina Interna, Geriatria, Patologia Cardiovascolare ed Immunitaria, Cardiocirurgia 11 A.F. + 2 ad interim + 14 Settori	Laboratorio di emostasi (9)
	Laboratorio di screening delle malattie metaboliche (11)
	1) Medicina Interna III
	2) Fisiopatologia Clinica
	3) Cardiologia
	ex Prof. Chiariello cessato 24/03/2010
	4) Immunologia Clinica ed Allergologia
	5) Geriatria
	6) Terapia intensiva coronarica e centro
	7 Riabilitazione cardiologica
	8) Medicina clinica ambulatoriale ad indirizzo internistico cessa dal 31/12/2010
	9) Diagnostica strumentale e gestione telematica dell'ipertensione arteriosa

	10) Consulenza cardiologica
	11) Allergologia Generale
	12) Cardiocirurgia I
	13) Medicina Interna I
	<p>Elettrocardiografia dinamica ed Elettrocardiografia ad alta risoluzione (13) Cardio-Endocrinologia (1)</p> <p>Gastroenterologia clinica ed endoscopia digestiva (1) cessato 01/10/2010 Aritmologia (1)</p> <p>Day Hospital in medicina interna (1)</p> <p>Epatopatie croniche (1)</p> <p>Cardiologia invasiva (3)</p> <p>Cardiomiopatia e scompenso cardiaco (3)</p> <p>Malattie autoimmuni (4)</p> <p>Immunodeficienze primitive (4)</p> <p>Terapia subintensiva internistica (5)</p> <p>Assistenza meccanica cardiocircolatoria</p> <p>Trattamento chirurgico d'urgenza della malattia coronarica</p> <p>Intervento psicologico in riabilitazione cardiologica (7)</p>
Neuroscienze e Comportamento 7 A.F. + 3 ad interim + 7 Settori	1) Psichiatria
	2) Farmacologia Clinica
	3) Dietologia ex. Prof. Falconi cessato 01/11/2009
	4) Audiologia
	5) Tossicologia Clinica ex Prof. Basile cessato 01/11/2009
	6) Nutrizione in gravidanza, allattamento e menopausa
	7) Psicologia
	8) Farmacovigilanza
	9) Invecchiamento e Nutrizione
	10) Psicoterapia ex Prof. Giuliani cessato 30/03/2008
	<p>Diagnosi e terapia delle psicosi acute (1)</p> <p>Day Hospital in psichiatria (1)</p> <p>Farmacologia clinica degli agenti neuropsicofarmacologici (2)</p> <p>Dietoterapia nei disturbi del metabolismo degli aminoacidi (3)</p>

	Prevenzione e riabilitazione nutrizionale nei trapianti e nelle patologie d'organo (3) Day Hospital in audiologia (4) Psicoterapia e psicopatologia negli stati limite (10)
Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale 9 A.F. + 1 ad interim + 4	1) Clinica Odontostomatologica
	2) Chirurgia Maxillo-Facciale
	3) Ortognatodonzia
	4) Parodontologia
	5) Odontoiatria Conservatrice
	6) Day Hospital Chirurgia Maxillo-Facciale
	7) Pedodonzia
	8) Patologia Speciale Odontostomatologica
	9) Protesi
	10) Chirurgia Speciale Odontostomatologica
	ex Prof. Di Lauro cessato 01/11/2008 Delegato Prof. G.Sammartino
	Chirurgia orale ambulatoriale (2) Disordini cranio-mandibolari (3) Rigenerazione paradontale ed ossea (4) Endodonzia chirurgica (5)
Oftalmologia 5 A.F. + 1 ad interim + 4 Settori	1) Traumatologia Oftalmica e Patologia Vitreo-Retinica cessa dal 31/12/2010
	2) Patologia Orbitaria
	3) Oftalmologia d'Urgenza, Patologia Retinica
	4) Patologia Corneale, Trapianti, Chirurgia
	ex Prof. Loffredo cessato 01/11/2009
	5) Neuroftalmologia
	6) Oftalmologia Pediatrica
	Fluoroangiografia retinica (1) Elettrofisiologia della visione (1) Ortottica (1) cessato dall'01/11/2011 Oncologia Oftalmica (2)
Oncologia ed Endocrinologia Clinica 8 A.F. + 4 ad interim + 5 Settori	1) Patologia Tiroidea Metabolismo Calcio-Fosforo

	2) Terapie Oncologiche Speciali	
	3) Chirurgia generale ad indirizzo gastroenterico	ex Prof. Lobello cessato 01/11/2009 Delegato Prof. Marzano
	4) Patologia Ipofisaria, Surrenalica e Gonadica	
	5) Diagnostica, Terapia e Day Hospital di Patologia Endocrina	
	6) Chirurgia generale ad indirizzo endocrino cessato il 30/11/2010	
	7) Oncologia Chirurgica	ex Prof. Petrella cessato 01/02/2008
	8) Terapia molecolare dei tumori	
	9) Patologia Neuroendocrina	
	10) Diagnostica clinica, terapia e follow-up dei	
	11) Screening e follow-up dei Tumori Eredo-Familiari	ex Prof.ssa Contegiacomo cessata 01/04/2007 Delegato Prof. S. Pepe
	12) Oncologia Medica	ex Prof. Bianco cessato 01/11/2006
		Tumori rari (12) Diagnosi e terapia delle patologie del giunto gastro-esofageo (3) Patologia corticosteroidica (4) Terapia chirurgia dell'ipertensione endocrina (6) Studio e terapia chirurgica dell'iperparatiroidismo (6)
Otorinolaringoiatria e Scienze Affini 2 A.F.+ 1 ad interim + 3 Settori	1) Laringologia, Foniatria, Logopedia cessato 01/11/2010	
	2) Otorinolaringoiatria	ex Prof. Galli cessato 01/11/2009
	3) Otologia Clinica	
		Riabilitazione logopedia (2) Prevenzione delle patologie oncologiche in ambito O.R.L. (2) Rinoallergologia (3)
Patologia Clinica 7 A.F.+ 5 ad interim + 1	1) Patologia Clinica	
	2) Citogenetica e Diagnostica Prenatale	
	3) Diagnostica Immunopatologica cessato 01/11/2010	
	4) Virologia	
	5) Microbiologia	
	6) Patologia Genetica Molecolare	

	7) Diagnostica oncologica di laboratorio	ex Prof.ssa Mariano cessata 01/01/2010 Delegato Prof. G. Portella
	8) Controllo di qualità ed innovazione tecnologica	
	9) Diagnostica delle malattie autoimmuni	
	10) Diagnostica Parassitologica	ex Prof. Covelli cessato 01/11/2004
	11) Immunologia cellulare e Immunogenetica	ex Prof. Zappacosta cessato 06/05/2006
	12) Diagnostica Endocrinologica di	ex Prof. Consiglio cessato 03/05/2006 Delegato Prof. P. Formisano
		1) Diagnostica molecolare delle malattie indotte da retrovirus
Pediatria 6 A.F. + 3 ad interim + 14 Settori	1) Pediatria Specialistica	
	2) Terapia Intensiva e Sub-Intensiva Neonatale	
	3) Neonatologia	
	4) Chirurgia Pediatrica	
	5) Genetica Medica	
	6) Malattie infettive pediatriche	
	7) Immunologia pediatrica	
	8) Genetica Clinica Pediatrica	ex Prof. Sebastio cessato 01/10/2007
	9) Pediatria Specialistica-Epatologia	ex Prof.ssa Vegnente cessata 15/05/2007
		Malattie respiratorie pediatriche (1) Diabetologia pediatrica (1) Neuropsichiatria infantile (1) Formazione continua del personale (1) Terapia intensiva neonatale (2) Infettivologia perinatale (2) Endocrinologia Pediatrica Reumatologia pediatrica Chirurgia neonatale (4) Urologia pediatrica (4) Chirurgia pediatrica nelle malformazioni (4)
		Oncologia chirurgica pediatrica (4) Malattie metaboliche (8) Epidemiologia dei difetti congeniti (8)
Scienze Neurologiche 7 A.F. + 1 ad interim + 9 Settori	1) Neurochirurgia I	

	2) Neurofisiopatologia
	3) Centro di diagnosi e cura dell'Epilessia
	4) Neurochirurgia II
	5) Neurobiologia Clinica
	6) Patologia Speciale Neurologica
	7) Neurochirurgia Pediatrica
	8) Clinica Neurologica ex Prof. Bonavita
	<p>Terapia sub-intensiva neurochirurgica ed osservazione post-operatoria (1)</p> <p>Monitoraggio della pressione intracranica (1)</p> <p>Microchirurgia nervosa e vascolare (1)</p> <p>Potenziali evocati (2) cessa 01/02/2011</p> <p>Riabilitazione neurologica (8)</p> <p>Diagnosi e terapia delle cefalee (8)</p> <p>Malattia di parkinson e disordini del movimento (8)</p> <p>Neuropsicologia (6)</p> <p>Malattie ereditarie del sistema nervoso (6)</p>
Emergenza Ostetrica e Ginecologica e Medicina della Riproduzione, Urologia 5 A.F. + 6 Settori	1) Ginecopatologia, controllo della fertilità - I.V.G. ed Emergenza Ostetrica
	2) Chirurgia Endourologica ed Urologia Oncologica
	3) Chirurgia Ostetrica e Ginecologica Laparotomica ed Endoscopica e Centro per lo studio e la terapia della sterilità ed infertilità di coppia
	4) Urologia e Centro per lo Studio, la Prevenzione ed il Trattamento della calcolosi renale
	5) Andrologia chirurgica
	Diagnostica oncologica (1)
	<p>Tutela sociale della maternità cosciente e I.V.G. (1)</p> <p>Medicina preventiva in Ginecologia ed Ostetricia (1)</p> <p>Day surgery in ginecologia ed ostetricia (1)</p> <p>Gravidanze a rischio (3)</p> <p>Urologia funzionale, incontinenza urinaria ed uroriabilitazione (4)</p>

Ginecologia, Ostetricia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana 3 A.F. + 7 Settori	1) Ostetricia, Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione
	2) Medicina dell'Età Prenatale
	3) Emergenze Ostetriche e Ginecologiche
	<p>Oncologia ginecologica (1) (ad interim)</p> <p>Tutela sociale della maternità e interruzione volontaria di gravidanza (1)</p> <p>Ecografia ostetrica e diagnosi prenatale (1) cessa 29/12/2010</p> <p>Laparoscopia ginecologica (1)</p> <p>Sterilità di coppia e metodiche endoscopiche (1)</p> <p>Uroginecologia (1)</p> <p>Psicosomatica ostetrico-ginecologica (1)</p>
Patologia Sistemica 8 A.F. + 1 ad interim + 9 Settori	1) Chirurgia Generale e Riabilitazione pre e post-operatoria
	2) Chirurgia Plastica
	3) Terapia Fisica Dermatologica e diagnostica cutanea non invasiva
	4) Nefrologia e Dialisi ex Prof. Andreucci cessato 01/11/2009 Delegato Prof. B.Cianciaruso
	5) Nefrologia in Day Hospital e Trapianti Renali
	6) Terapia Nutrizionale e Farmacologia dell'insufficienza renale
	7) Chirurgia riabilitativa gastrointestinale di elezione e di emergenza
	8) Tecniche emodialitiche alternative e dialisi
	9) Prevenzione e diagnosi dell'ipertensione nefrovascolare e della nefropatia ischemica
	10) Malattie Veneree e Dermatologiche Allergiche
	Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery (1)
	Chirurgia Videoassistita (1)
	<p>Fisiopatologia cutanea e dermatologia ortodermica fisico-strumentale (3)</p> <p>Precancerosi cutanee e dermatochirurgia correttiva</p> <p>Terapia medica del trapianto del rene (4)</p>

	<p>Diagnostica e trattamento delle glomerulonefriti (4)</p> <p>Patologia della parete addominale di pertinenza chirurgica (7)</p> <p>Tecnologie avanzate nelle affezioni oncologiche ed endocrine di pertinenza chirurgica (7)</p> <p>Sezione di Dermatologia</p>
Pediatria Generale e Specialistica 2 A.F. + 4 Settori	1) Pediatria Specialistica
	2) Pediatria Generale
	<p>Onco-ematologia pediatrica (1)</p> <p>Cardiologia pediatrica (1)</p> <p>Epatologia dei trapianti (1)</p> <p>Epatologia pediatrica</p>
Chirurgia Generale, Oncologica e Videoassistita 3 A.F. + 6 Settori	1) Chirurgia Generale e Videoassistita cessato 01/11/2010
	2) Chirurgia Generale ad indirizzo oncologico
	3) Colonproctologia chirurgica
	<p>Chirurgia Oncologica per la gestione dei sistemi impiantabili (1)</p> <p>Day surgery (1)</p> <p>Chirurgia mininvasiva e laparoscopica 1 (1)</p> <p>Patologia funzionale anorettale ed anomalie della continenza (1)</p> <p>Chirurgia funzionale (2)</p> <p>Chirurgia mininvasiva e laparoscopica (2)</p>
I Divisione di Tisiologia e Malattie dell'Apparato Respiratorio (1) II Divisione di Tisiologia e Malattie dell'Apparato Respiratorio (1)	U.O.C. di Pneumatologia U.O.C. di Pneumatologia
	<p>U.O.S. di Citometria a flusso e diagnostica cito-immunologica della patologia pleuro-polmonare</p> <p>I.P.A.S. di Gestione del paziente asmatico</p>
Servizio Autonomo di Medicina dello Sport (1 ad interim)	<p>Medicina dello Sport</p> <p>Delegato Prof. A. Cuocolo a decorrere dal 13/05/2010</p>
Direzione Sanitaria	<p>DIRETTORE SANITARIO</p> <p>Direttore Medico di Presidio Ospedaliero</p> <p>Qualità ed umanizzazione assistenza e dati sanitari</p> <p>Umanizzazione dell'Assistenza</p> <p>Valutazione dei dati statistici e la verifica delle nuove tecnologie</p>

Allegato 2 Scheda di rilevazione dei flussi informativi aziendali

Elaborazione a cura dell'Ufficio Controllo interno di gestione - Direzione Generale dell'AOU Federico II.

SOFTWARE e Softwarehouse	Caratteristiche del Software	DAS o servizi che utilizzano il software	Connessione al Network	PRESTAZIONI che vengono gestite dal software	TEMPISTICA CARICAMENTO DATI	TEMPISTICA TRASMISSIONE DATI	REFERENTI e Utilizzatori
"SOWeb" Engineering	Software di gestione delle Sale Operatorie. Possiede un DB autonomo.	Blocchi Operatori	Situazione Attuale: non è implementato per problemi tecnici. Situazione Futura: sarà connesso all'intera rete aziendale e trasferirà automaticamente le informazioni economicamente significative ad Oliamm	Dalla visita anestesistica preoperatoria al trasferimento del paziente al reparto registra prestazioni, servizi, diagnosi, consumo materie, i turni degli interventi, il personale e la disponibilità delle sale.	Prima, durante e dopo l'intervento	In tempo reale	Anestesiisti, Chirurghi e Caposala
"Merlino PACS" REM s.r.l.	Sistema di lettura e refertazione delle prestazioni radiologiche. Possiede un database relazionale (interbase) con interfaccia web e client server, accessibilità autonoma ad internet.	Servizio di Radiologia Centralizzato (ed. 10)	Integrazione con il software RIS SGP-PACS, con la rete aziendale, dell'Università e del CNR.	Archiviazione, gestione e refertazione di tutte le prestazioni svolte dalle apparecchiature connesse alla procedura. Attualmente non tutte le apparecchiature sono connesse.	in tempo reale	Dipende dalla modalità alcune in tempo reale altre on-demand	Tecnici di radiologia medici.
"Eliot" Engineering	Programma per la gestione del centro trasfusionale. Possiede un DB autonomo.	Centro Trasfusionale (edificio 9/D)	Potenzialmente server della rete regionale trasfusionale, ma non ancora implementato; connesso a Diamante, ma non ancora funzionante per mancata interfaccia dei sistemi.	Accettazione, archiviazione, raccolta dati e refertazione sui campioni ematici	Attualmente i dati provenienti dal laboratorio d'analisi sono immessi manualmente; in futuro, arriveranno direttamente da Diamante. Vengono caricati, in tempo reale, tutti i passaggi del campione ematico.	I dati relativi alla vendita di unità di sangue alle strutture convenzionate sono trasmesse a fine mese alla ragioneria che emette fattura; questa procedura potrebbe anche essere svolta da Eliot stesso. I dati di attività, invece, arrivano alla direzione sanitaria ogni tre mesi con un file excel che viene ritirato da un referente della direzione.	
"Diamante" Informatica Medica	Dispone di un DB proprio su cui immagazzina le informazioni sulle prestazioni erogate al max per 1 semestre	Medicina di Laboratorio (edificio 4)	Situazione Attuale: il referente estrae i dati mensilmente attraverso file excel e li consegna alla direzione sanitaria che li immagazzina in Quany e ADT. Situazione Futura: con l'implementazione nel network dei software Order Entry e Order Filler potrà essere direttamente connesso in tempo reale ad ADT.	Routine Biochimica Biochimica Ematologica Biochimica Emostasi Indagini Speciali Indagini Gascromatografiche Indagini Mucopolisaccaridosi Indagini Citofluorimetriche Biologia Molecolare Analisi di Urgenze	In tempo reale	ogni fine mese vengono trasmessi alla Direzione Sanitaria (Sig. Papallo) i dati relativi al mese precedente	

"Quani" B.I.M.	E' un semplice applicativo privo di database che elabora le informazioni relative alle SDO	Direzione Sanitaria	<p>Situazione Attuale: è connesso ad ADT che gli fornisce i dati relativi alle SDO. La connessione consiste nel caricamento da parte di un operatore dei dati da un sistema ad un altro.</p> <p>Situazione Futura: eventualmente il flusso di informazioni corrette potrebbe automaticamente riconfluire in ADT</p>	Elaborazione, correzione e redazione di statistiche sanitarie dai dati estratti dalle SDO. La correzione avviene su Quani e i dati corretti non sempre riconfluiscono su ADT.	Variabile a seconda della disponibilità delle schede da ogni DAS	Ogni tre mesi circa a seconda del volume dei dati da trasmettere e in proporzione agli anni precedenti	Direzione Sanitaria
"ADT" Engineering	Software di gestione ricoveri ordinari, DH e DS.	Ogni dipartimento che tra le sue attività annovera RO, DH e DS ; la direzione Sanitaria; il SIS; il Controllo di Gestione	<p>Situazione Attuale: interfaccia con la banca dati anagrafica comune anche agli altri software dei servizi; Situazione Futura: potrebbe essere connesso automaticamente con tutti gli altri software dei servizi sanitari; potrebbe direttamente fornire i dati alla regione e potrebbe fornire le informazioni economicamente rilevanti direttamente ad Oliamm</p>	Registra le accettazioni dimissioni e trasferimenti dei pazienti ricoverati in RO, DH, DS; emissione SDO e Flussi regionali e ministeriali; archivia i dati immessi nei dipartimenti e li comunica a quany; spesso necessitano di correzioni operate dalla direz. Sanitaria.	al momento dell'accettazione paziente e per tutta la durata del ricovero; attualmente solo gli amministrativi caricano i dati che possono subire ritardi di immissioni.	in tempo reale sono a disposizione di chiunque abbia consentito l'accesso al software	Principali e amministrativi e specializzandi
"Preospedalizzazione" Engineering	Può considerarsi un'espansione del Software ADT in quanto consente di attribuire un codice relativo ai pazienti che compiono indagini pre-ricovero, registrandole e, poi, fa confluire il dato in ADT qualora il ricovero si concretizzi o registra la sola preospedalizzazione in caso di non ricovero (o lista d'attesa)	Ogni dipartimento che tra le sue attività annovera la preospedalizzazione dei pazienti; la direzione Sanitaria; il SIS; il Controllo di Gestione	<p>Situazione Attuale: è in fase di implementazione</p> <p>Situazione Futura: sarà connesso all'anagrafica; permetterà il trasferimento dei dati economicamente significativi ad Oliamm delle prestazioni della fase di preospedalizzazione; connessione ad ADT per i prericoveri che si finalizzano in ricoveri.</p>	Registrazione delle prestazioni fornite al paziente in fase di preospedalizzazione	al momento dell'accettazione paziente e per tutta la durata del prericovero; attualmente in fase di implementazione	in tempo reale sono a disposizione di chiunque sia autorizzato all'accesso al software	In via di implementazione e destinato a tutti gli operatori
"SGP" Engineering	E' un software per la gestione delle prestazioni ambulatoriali (compreso il servizio di CUP) e intermedie escluse le diagnostiche di laboratorio	Ogni dipartimento che tra le sue attività annovera le prestazioni ambulatoriali; la direzione Sanitaria; il SIS; il Controllo di Gestione	<p>Situazione Attuale: è connesso al DB proprio e all'Anagrafica.</p> <p>Situazione Futura: potrà registrare la maggior parte delle prestazioni intermedie e trasmettere le informazioni economicamente significative ad Oliamm</p>	Attualmente registra le prenotazioni e la lista d'attesa per le prestazioni ambulatoriali; gestisce la registrazione di tutte le prestazioni di diagnostica per immagini. In futuro gestirà il CUP e con le sue potenzialità consentirà la registrazione delle prestazioni d'intramoenia, le consulenze e tutte le altre prestazioni intermedie.	Le prestazioni ambulatoriali sono registrate all'arrivo del paziente in tempo reale; le prestazioni di radiologia per interni sono registrate con estrema variabilità e non sempre con completezza perché l'uso della procedura non è uniformemente diffuso all'interno del Das.	in tempo reale sono a disposizione di chiunque sia autorizzato all'accesso al software	Attualmente il dato è caricato esclusivamente dagli amministrativi del DAS, ma in futuro da tutti gli operatori o in automatico direttamente dopo la prestazione.

"Order entry/filler" Engineering	Software di richiesta e inoltro prestazioni interne ed esterna.	Tutti i Das, la Direzione Sanitaria, il S.I.S. e il Controllo di Gestione.	Situazione Attuale: sono in fase di implementazione. Situazione Futura: saranno i connettori su cui verterà l'intero flusso di prestazioni da e verso i servizi. Si interfaceranno con tutti i software dell'area sanitaria.	Gestione richieste e prestazioni associate alle singole strutture; gestione dello stato delle richieste; pianificazione degli appuntamenti; registrazione erogazione e refertazione.	Non è attualmente in uso la procedura; in futuro sarà disponibile il dato appena si verifica la richiesta.	in tempo reale sono a disposizione di chiunque sia autorizzato all'accesso al software	In via di implementazione.
"Winsap" Engineering	Software per la gestione delle prestazioni di anatomia patologica	Anatomia patologica (ed. 20)	Situazione Attuale: non tutte le apparecchiature sono connesse alla procedura, quindi lavorano in parallelo con duplicazioni di procedure per alcune prestazioni. Non trasferisce dati in automatico. Situazione Futura: verrà eliminata la fase di accettazione e invio refertazione grazie ad Entry e Filler, e tutte le apparecchiature dovranno interfacciarsi al sistema e trasmettere in automatico le informazioni.	Accettazione, archiviazione, raccolta dati, refertazione, gestione taglio e colorazione sui campioni. Attualmente attribuisce un numero identificativo ad ogni campione e lo riporta sullo stesso grazie alla stampigliatrice. Gli altri dati relativi al campione e alle sue analisi sono inseriti manualmente dagli autorizzati alla procedura. Necessitano di migliorare l'interfaccia tra software e apparecchi.	Al momento della ricezione del campione e fino alla sua refertazione e archiviazione.	Ogni tre mesi viene inoltrato alla direz. Sanitaria un documento cartaceo e un file su floppy con l'attività specifica mensile.	Tecnici di laboratorio, amministrativi e medici patologi.
"Netcare" Healthware	E' un software che potenzialmente può gestire tutte le operazioni di un ospedale. Si sovrappone ad ADT. Detiene un proprio DB.	Solo l'area funzionale di Oncologia	Situazione Attuale: si interfaccia ad ADT tramite un applicativo (Aragon) e condivide l'anagrafica e le dimissioni. Le SDO sono immesse direttamente su ADT; Situazione Futura: si potrebbe creare un canale diretto per la trasmissione SDO.	Gestione delle attività di ricerca Clinica Oncologica a 360° (prescrizioni, consumi, refertazioni, codifica SDO ecc.)	in tempo reale solo parte degli operatori usa la procedura; altri gestiscono in cartaceo.	Ogni tre mesi vengono caricate le SDO su ADT	Dir. Medici e amministrativi Potenziali alment e tutti gli operatori.
"Diagnosys" Cristoforo Colombo	Software di gestione delle procedure di Patologia Clinica tranne la citogenetica, microbiologia e sierologia perché non implementata la procedura.	Patologia Clinica (ed. 4)	Situazione Attuale: non trasmette dati alla rete; gestisce solo i dati caricati. Situazione Futura: verrà eliminata la fase di accettazione e invio refertazione grazie ad Entry e Filler, e tutte le apparecchiature dovranno interfacciarsi al sistema e trasmettere in automatico le informazioni.	Patologia Clinica (Analisi endocrinologiche); Microbiologia (Diagnostica microbiologica delle patologie infettive a carico dei diversi organi e apparati); Sierologia (Ricerca di anticorpi diretti verso la maggior parte degli agenti patogeni, batterici, virali e parassiti).	Vengono immessi nel sistema al momento dell'accettazione tutti i campioni.	Ogni tre mesi inoltro di un file su floppy alla Direz. Sanitaria e in cartaceo i dati relativi alle branche non dotate di procedura.	Tecnici di laboratorio, amministrativi e medici.
"Oliamm" Engineering	Software di rilevazione, gestione ed archiviazione di tutte le informazioni rilevanti a livello amministrativo	S.I.A, S.I.S., Ragioneria, Economato, Direzione Generale, Farmacia, Magazzini e Controllo di gestione.	Situazione Attuale: riceve solo i dati caricati direttamente sulla procedura; Situazione Futura: sarà interfacciato con i flussi provenienti da ADT, Preospedalizzazione, SGP, Filler/Entry, Persweb, Iriswin.	Gestione Cespiti e inventario; Contratti, Approvvigionamenti; Contabilità Generale e Analitica. Attualmente la tempistica e l'attendibilità dei dati è da ottimizzare. La farmacia che gestisce farmaci e dispositivi, implementa la procedura in tempo reale.	Variabile a seconda della funzione	In tempo reale	Persone amministrative interne ai servizi che utilizzano il software.

"Persweb" Engineering	Software per la determinazione delle paghe dei dipendenti	Ragioneria, S.I.A., ufficio del personale e tutti i das.	Situazione Attuale: gestisce solo le retribuzioni relative ai dipendenti recentemente assunti dall'azienda. Riceve i flussi solo parziali da iriswin. Situazione Futura: può configurarsi come l'unico gestore delle paghe per tutti i dipendenti quando passeranno in organico all'azienda. Comunicherà le informazioni economicamente rilevanti direttamente ai moduli di Co.Ge. e Co.An. di Oliamm	Conteggio stipendi, pianta organica, presenze ecc.	I dati vengono immessi giorno per giorno in funzione dei contratti, delle presenze e delle assenze.	La ragioneria può accedere in tempo reale	Perso- nale SGEF e ammini- strativo dei DAS
"Iriswin" Engineering	Software per la gestione delle risorse umane	S.I.A., Ragioneria, Ufficio del personale e tutti i das	Situazione Attuale: registra i dati relativi alle presenze di tutto il personale e riceve da Mon 80 il riscontro presenze dopo le 12 di ogni giorno. Situazione futura: convoglierà tutti i suoi dati a persweb per la gestione del personale.	Gestisce le presenze e assenze del personale, i compensi dei collaboratori esterni, la gestione giuridica ed economica del personale	Le assenze programmate (ferie) sono immesse almeno il giorno prima le malattie entro tre giorni;	Sono accessibili in tempo reale a tutti gli utenti abilitati subito dopo l'immissione.	Ammini- strativi dei Das, SGEF e S.I.A.
"Cineca"	Non è un vero e proprio software, ma un accesso ad un indirizzo IP e di consultazione su web.	Ragioneria, S.I.A.	Situazione Attuale: confluiscono tutti dati relativi al personale e alle retribuzioni	E' in dotazione all'università per gestire i propri dipendenti.			Univer- sità
"IPSOA" IPSOA	Software di gestione fiscale	Ragioneria	Non ha relazioni con la rete e non si prevede ne abbia	Gestisce le dichiarazioni fiscali obbligatorie 770- Unico-IVA e la trasmissione dei compensi accessori del personale.	Vengono caricati i dati ad ogni scadenza fiscale.	Non trasmette dati.	SGEF
"Lapis" Engineering	Gestione protocollo e determine	Segreteria direz. Gen. e Protocollo	Non ha relazioni con la rete e non si prevede ne abbia	Gestione protocollo centrale e quelli decentrati; archiviazione ottica e gestione determine centralizzata e periferica	I dati sono immessi all'occorrenza	Non trasmette dati.	Segrete- ria direz. generale .
"Maestro" Windex	Gestione dei corsi di formazione	Unità di Formazione Universitaria	Non ha relazioni con la rete e non si prevede ne abbia	Corsi ECM: gestione amministrativa, contabile, flusso partecipanti, correzione prove , contabiliz. crediti.	Ad ogni corso organizzato	Trasmette dati al ministero per l'erogazione dei crediti.	U.F.U.
"VrX"	Software creato direttamente dal S.I.A. per la gestione della privacy	S.I.A.	Non ha relazioni con la rete e non si prevede ne abbia	Inventario dei trattamenti e degli archivi; emissione report per il regolamento dei dati sensibili; emissione report per il documento programmatico sulla sicurezza DPS; controlli di congruità sulle schede di inventario	All'occorrenza	Non trasmette dati.	S.I.A.
"E-TV" Nexera	Sistema di informazione al pubblico	Nei 10 principali ambulatori; S.I.A. e Direz. Gener.	Utilizza la rete aziendale, ma non ha connessioni con altri software	Comunicazione diretta con gli utenti e trasmissione del palinsesto programmato dalla direzione generale; attualmente non è ancora in funzione.	Quando si decide di cambiare il palinsesto	Non trasmette dati.	S.I.A.

Allegato 3 - Fasi operative per l'implementazione del processo di budget

Fase 1: Avvio del processo

Scopo della fase	<ul style="list-style-type: none"> • Chiarimento vincoli/margini di azione per il periodo di budget • Esplicitazione priorità per il periodo di budget • Analisi dei trend di attività ed economici
Ambiti organizzativi coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica • Comitato Budget • Controllo di Gestione ed altri staff • (Dipartimenti-CDR)
Fonti informative	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti nazionali o regionali di indirizzo (Piani sanitari, obiettivi regionali, obiettivi Direttore generale) • altri documenti di indirizzo aziendale (Piano strategico, programmazione)
Ruolo assunto dalle diverse parti	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica esplicita gli obiettivi, i vincoli e chiarisce i margini di azione • Comitato Budget recepisce ed integra • Uffici di Staff supportano la Direzione per la raccolta e l'analisi dei dati storici, la definizione delle priorità, la predisposizione della documentazione • Dipartimenti-CDR: recepiscono i vincoli ed i margini d'azione
Output prodotto	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione delle linee guida • Report dati storici con quadro strategico
Fattori critici di successo	<ul style="list-style-type: none"> • Lo stile della direzione influenza i vincoli e i margini di azione (criterio bottom-up) • Comprensione dell'informazione • Chiarezza e tempestività nella comunicazione • Chiara definizione del grado di responsabilizzazione • Forte coinvolgimento della Direzione strategica e tempestività dell'avvio del processo • Modalità e contenuti della comunicazione (fattore critico: chiarezza nella definizione dei margini operativi e congruenza di questi con il raggiungimento degli obiettivi) • Congruenza degli obiettivi con le variabili di contesto: indirizzi nazionali e regionali, evoluzione del settore (popolazione, tecnologie...) • Misurabilità degli obiettivi • Trasparenza nel comunicare l'importanza del processo di budget per la vita aziendale = trasmettere motivazione e condivisione della comunicazione
Altre informazioni rilevanti	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione meccanismi decisionali nei Dipartimenti (e altri CdR) • Strumenti economico-finanziari per tradurre gli obiettivi del piano strategico in obiettivi misurabili • Raccolta, elaborazione interpretazione dati storici ed indicatori di benchmarking

Fase 2: Invio scheda budget

Scopo della fase	<ul style="list-style-type: none"> • Definire gli obiettivi parziali di ogni CdR-Dipartimento • Stimolare le proposte dei dipartimenti
Ambiti organizzativi coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo di gestione e altri staff • Dipartimenti-CDR

Fonti informative	<ul style="list-style-type: none"> • Dati storici • Indicatori medi • Indici di attività • Costi storici
Ruolo assunto dalle diverse parti	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo di Gestione fornisce le informazioni, predispone le schede, sulla base delle indicazioni della direzione, e le invia ai Dipartimenti-CDR, supporta fornendo adeguate informazioni (con possibilità di avere delle simulazioni) • Dipartimento-CDR: analizza dati
Output prodotto	<ul style="list-style-type: none"> • Scheda budget
Fattori critici di successo	<ul style="list-style-type: none"> • Non è un problema di merito dei contenuti, ma di completezza delle informazioni di base <ul style="list-style-type: none"> - Attendibilità del sistema di raccolta dati, sistema informativo - Sistemi informatici adeguati per una raccolta dati attendibile - Reale comprensione dei Dipartimenti-CDR del significato della scheda budget (vincoli e margini d'azione, obiettivi e risorse) - Scheda di budget semplici da compilare
Altre informazioni rilevanti	<ul style="list-style-type: none"> - Indicatori che quantificano gli obiettivi - Definizione ambiti su cui il Dipartimento-CDR può fare proposte

Fase 3: Elaborazione proposte da parte dei Dipartimenti

Scopo della fase	<ul style="list-style-type: none"> - Formulare raccogliere le proposte - Avviare il confronto - Interpretare gli obiettivi e fare delle proposte per attuarli
Ambiti organizzativi coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> - Dipartimenti-CDR (coinvolgendo tutte le U.O. e gli operatori del C.d.R.) - Controllo di Gestione
Fonti informative	Schede budget e report inviati dal Controllo di Gestione Altre informazioni di contesto ed a livello di Dipartimento-CDR
Ruolo assunto dalle diverse parti	<ul style="list-style-type: none"> - La Direzione Generale non interviene, supervisiona - Controllo di Gestione e gli organi di staff supportano tecnicamente i CDR - Dipartimento definisce le modalità con cui contribuire al raggiungimento degli obiettivi aziendali, elabora proprie proposte di obiettivi e risorse necessarie
Output prodotto	Circolazione delle informazioni/confronto tecnico
Fattori critici di successo	<ul style="list-style-type: none"> - Coerenza coi vincoli e con obiettivi strategici, saper contemperare le esigenze del Dipartimenti con gli indirizzi aziendali - Come raggiungere l'obiettivo con i fattori critici (risorse umane e finanziarie e attività) - Proposte collegate a trend della domanda, modifiche dei processi/modalità operative - Stabilire un'esplicita relazione tra l'obiettivo da raggiungere ed i fattori critici della produzione
Altre informazioni rilevanti	Analisi ad hoc da parte del Controllo di Gestione Feed back dipartimenti e attori al suo interno

Fase 4 Predisposizione delle proposte

Scopo della fase	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aiutare nella fase delle proposte (fattibilità e convenienza) e informare su quanto sta avvenendo prima della chiusura del consolidato
Ambiti organizzativi coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controllo di Gestione ▪ Dipartimenti-CDR ▪ Altri uffici di Staff ▪ Direzione generale
Fonti informative	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simulazioni ▪ Analisi di fattibilità
Ruolo assunto dalle diverse parti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direzione strategica con Controllo di Gestione e staff segnalano gli effetti delle proposte dei Dipartimenti-CDR sull'attività aziendale ▪ Controllo di Gestione aiuta ad interpretare i contenuti della scheda di bdg (Il CdG deve essere in grado di indirizzare le proposte del responsabile del CdR sulla base delle informazioni a sua disposizione) ▪ Dipartimento-CDR affina le proposte
Output prodotto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Circolazione delle informazioni/confronto tecnico ▪ Schede Proposte da parte dei dipartimenti
Fattori critici di successo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Di fatto è la prima formula della negoziazione ▪ Focus su comunicazione, fattibilità, coerenza con strategia, opportunità ▪ Fattore critico disponibilità e tempestività di elaborazioni ad hoc, simulazioni e supporto da parte del Controllo di Gestione
Altre informazioni rilevanti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelli di simulazione ▪ Vincoli amministrativi/normativi

Fase 5: Lettura tecnica delle proposte

Scopo della fase	<ul style="list-style-type: none"> • Far emergere i fabbisogni ed opportunità di integrazione e coordinamento
Ambiti organizzativi coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica • Comitato budget • Dipartimenti-CDR • Controllo di Gestione e Staff
Fonti informative	<ul style="list-style-type: none"> • Proposte dei Dipartimenti-CDR
Ruolo assunto dalle diverse parti	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica, supportato dal Controllo di Gestione e dagli staff, ricerca compatibilità tra proposte dei Dipartimenti-CDR e obiettivi aziendali compatibilmente alle risorse • Dipartimenti-CDR: rappresentano le proprie esigenze • Presa in esame delle singole proposte da parte del "comitato" • Il Comitato Budget si fa ambito di confronto per la razionalizzazione/integrazione delle proposte
Output prodotto	<ul style="list-style-type: none"> • Segnalazione di incompatibilità

Fattori critici di successo	<ul style="list-style-type: none"> • È indispensabile avere una visione di insieme e delle relazioni di causa/effetto che ciascuna proposta ha sull'azienda nel suo complesso • Chiarezza e attendibilità dell'analisi • Incongruenza fra scheda budget e proposte dei Dipartimenti-CDR • Condivisione/ accettazione sostanziale proposte
Altre informazioni rilevanti	<ul style="list-style-type: none"> • Nuovi vincoli eventualmente sopravvenuti

Fase 6. Negoziazione e decisioni di budget

Scopo della fase	<ul style="list-style-type: none"> • Risolvere i problemi di integrazione e coordinamento • Effettuare le scelte di programmazione e di budget
Ambiti organizzativi coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> • Comitato budget • Direzione strategica • Dipartimenti.CDR • (Controllo di Gestione)
Fonti informative	<ul style="list-style-type: none"> • Schede budget • Proposte • Segnalazioni di incongruenza
Ruolo assunto dalle diverse parti	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione promuove e governa il processo di negoziazione • Comitato Budget è l'ambito di negoziazione, certifica e dà legittimità alle scelte • Dipartimenti negoziano in maniera costruttiva, negoziano ai livelli inferiori • Supporto degli organi di staff rispetto alle decisioni finali di Direzione strategica e Dipartimenti
Output prodotto	<ul style="list-style-type: none"> • Accordo sostanziale
Fattori critici di successo	<ul style="list-style-type: none"> • Confronto e contrattazione • Capacità di negoziazione • Attraverso un flusso informativo corretto far condividere le scelte a tutti
Altre informazioni rilevanti	<ul style="list-style-type: none"> • Interessi e priorità dei Dipartimenti-CDR

Fase 7: Elaborazione del Budget tecnico

Scopo della fase	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizzazione attraverso il supporto di ausili tecnici delle decisioni prese • Definire il consolidato • Criteri tecnico/operativi • Definizione del Budget consolidato
Ambiti organizzativi coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> • Comitato budget • Controllo di Gestione • Uffici di Staff
Fonti informative	<ul style="list-style-type: none"> - Risultati della negoziazione

Ruolo assunto dalle diverse parti	<ul style="list-style-type: none"> • Comitato budget supervisiona che si rispettino vincoli e decisioni • Controllo di Gestione ed Uffici di Staff procedono alle verifiche e predispongono i documenti tecnici
Output prodotto	<ul style="list-style-type: none"> • Budget tecnico consolidato • Budget trasversali • Libro budget
Fattori critici di successo	<ul style="list-style-type: none"> • Corretta interpretazione delle decisioni assunte • Coerenza del processo • Raccordi contabili delle proposte

Fase 8 Approvazione e firma

Scopo della fase	<ul style="list-style-type: none"> - Rendere operative le decisioni di budget - Validare il budget - Disporre di un documento ufficiale
Ambiti organizzativi coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica • Dipartimenti-CDR • Controllo di Gestione
Fonti informative	<ul style="list-style-type: none"> • Budget tecnico • Libro budget
Ruolo assunto dalle diverse parti	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica approva formalmente • Dipartimento Firma • Controllo di Gestione con funzione segretariale
Output prodotto	<ul style="list-style-type: none"> • Libro budget firmato
Fattori critici di successo	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione e reale “contratto psicologico” • Una volta deciso il budget, condivisione di questo con tutti gli operatori del dipartimento • Attualità del budget (tempistica)
Altre informazioni rilevanti	<ul style="list-style-type: none"> • Budget trasversali

Fase 9 Gestione del budget

Scopo della fase	<ul style="list-style-type: none"> • Riallineamento delle attività in funzione del budget; riallineamento del budget in funzione alle reali condizioni tenendo sempre presente gli obiettivi • Correggere e controllare • Analisi degli scostamenti
-------------------------	--

Ambiti organizzativi coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Strategica • Controllo di gestione • Dipartimenti-CDR • Comitato Budget
Fonti informative	<ul style="list-style-type: none"> • Reportistica periodica
Ruolo assunto dalle diverse parti	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Strategica sostiene il processo e procede alla revisione eventuale degli obiettivi • Controllo di Gestione predispone reportistica, analizza scostamenti, comunica alla direzione strategica e Dipartimenti-CDR. Li supporta nell'analisi delle cause degli scostamenti. Tutti gli organi di staff collaborano per la realizzazione di report e per la valutazione degli scostamenti • Dipartimenti-CDR analizzano e discutono le cause degli scostamenti • Comitato: feed back (analisi scostamenti) e formalizzazione eventuali nuovi obiettivi
Output prodotto	<ul style="list-style-type: none"> • Reportistica periodica • Rapporti sugli scostamenti • Revisioni del libro budget
Fattori critici di successo	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo • Disallineamento temporale e informativo • Report devono essere tempestivi, precisi, sintetici e chiari e devono contenere tutte le informazioni rilevanti per individuare l'andamento del Dipartimenti-CDR • Occorre avere uno sguardo anche sulle variabili ambientali, perché nel caso di una loro variazione potrebbe essere necessario cambiare anche il budget • Atteggiamento costruttivo e non difensivo dei Dipartimenti-CDR
Altre informazioni rilevanti	<ul style="list-style-type: none"> • Report "mirati" • Proiezioni